

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**MANUTENÇÃO DO VÍNCULO E ADAPTAÇÃO INDIVIDUAL  
DE PAIS EM LUTO – CONTRIBUTOS PARA A VALIDAÇÃO DA  
VERSÃO PORTUGUESA DA *CONTINUING BONDS SCALE-16***

**Inês Pereira Cardoso da Costa e Silva**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica)**

**2014**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**MANUTENÇÃO DO VÍNCULO E ADAPTAÇÃO INDIVIDUAL DE  
PAIS EM LUTO – CONTRIBUTOS PARA A VALIDAÇÃO DA  
VERSÃO PORTUGUESA DA *CONTINUING BONDS SCALE-16***

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Isabel Narciso Davide e coorientada pelo  
Professor Doutor Marco Pereira**

**Inês Pereira Cardoso da Costa e Silva**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica)**

**2014**

A morte de um filho deixa uma dor eterna.

Vazio absoluto. Um nada sem chão, teto ou paredes. Mais que um poço fundo, o fundo sem o poço. A falta de ar. O desespero. A desesperança. Irracional, ilógico, inaceitável.

Reinvestir amor e esperança na vida é um caminho a ser alcançado, por mais impossível que possa parecer.

## **Agradecimentos**

O meu mais profundo e sincero agradecimento...

À minha orientadora, Prof. Doutora Isabel! Por toda a orientação, rigor e carinho. Pelas palavras tranquilizantes e pelos incentivos nos momentos certos!

Ao meu coorientador, Doutor Marco! Pela disponibilidade, rigor e cuidado. Pelos incentivos ao longo deste processo!

À Sara! Por todas as ajudas e pela disponibilidade. Pela simpatia e palavras de encorajamento!

Aos meus pais, irmã e avó - pelo apoio incondicional, em todas as horas, desde os festejos de metas superadas, até aos períodos mais tensos. Obrigada pelo amor, preocupação, força e palavras reconfortantes! Obrigada pela compreensão nos últimos meses, desde as minhas ausências ao meu humor instável! Obrigada por nunca terem duvidado de mim! Obrigada por me lembrarem todos os dias a pessoa que sou!

A toda a minha família e amigos, pelo carinho e confiança depositada!

À Catarina, pela década de amizade verdadeira. Por termos iniciado e finalizado esta etapa, caminhando sempre juntas. Obrigada pelo apoio e compreensão incondicionais. Obrigada por continuares a ser Única, por seres a Melhor Amiga, desde sempre e para sempre!

Às Girls FP, pelos maravilhosos cinco anos! Pela amizade genuína, pelos momentos de felicidade e pelo companheirismo ao longo deste percurso! Foram o melhor grupo que poderia ter encontrado! Levo-vos a cada uma, para o resto da minha vida!

À Sílvia, minha companheira, pela já longa amizade! Por toda a ajuda fornecida na elaboração desta dissertação. Pelas orientações e ajudas estatísticas. Pelo apoio e incentivo permanente!

À Família Sistémica! Pelas descobertas e partilhas!

Aos amigos de longe, mas não por isso menos importantes e presentes “*Quem disse que para estar junto é preciso estar perto?*”.

## Resumo

A morte de um filho é considerada um dos eventos mais trágicos e dolorosos que os pais podem experienciar. De forma a construírem um sentido para as suas vidas, os pais mantêm uma ligação emocional aos filhos falecidos, denominada de manutenção do vínculo. Com o presente estudo, pretendemos contribuir para a validação da versão Portuguesa da *Continuing Bonds Scale-16* (CBS-16) e analisar a associação entre a manutenção do vínculo e a adaptação individual em pais que perderam um filho. A amostra foi composta por 163 pais em luto. A adaptação individual foi avaliada em termos de resposta de luto, qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica, através respectivamente do *Prolonged Grief Disorder* (PG-13), do índice de qualidade de vida *EUROHIS-QOL-8* e do *Brief Symptom Inventory* (BSI). A CBS-16 revelou boa consistência interna, quer ao nível do resultado total ( $\alpha = .90$ ), quer ao nível dos fatores ( $\alpha = .89$ , para os *Tipos Internalizados de Manutenção do Vínculo*;  $\alpha = .83$ , para os *Tipos Externalizados e Ilusórios de Manutenção do Vínculo*), bem como resultados satisfatórios ao nível da validade de construto ( $\chi^2 = 207.02$ ,  $\chi^2/\text{g.l.} = 2.05$ , CFI = .90; RMSEA = .08) e das validades convergente e discriminante. Assim, a CBS-16 revelou-se uma escala útil e fiável na avaliação dos tipos de manutenção do vínculo em pais em luto. Os resultados mostraram também que os tipos de manutenção do vínculo se associaram positivamente à resposta de luto e à sintomatologia ansiosa e depressiva e associaram-se negativamente à perceção de qualidade de vida. Quanto às variáveis relativas à morte, os tipos de manutenção do vínculo associaram-se positivamente à idade do filho na altura da morte. Relativamente às circunstâncias de morte, os tipos internalizados associaram-se à morte inesperada e os tipos externalizados e ilusórios associaram-se à morte violenta. Por fim, serão abordadas as implicações deste estudo e sugeridas novas abordagens de investigação, tendo em conta as limitações indicadas.

Palavras-Chave: Morte de um filho, Tipos de Manutenção do Vínculo, Resposta de Luto, Qualidade de Vida, Sintomatologia Psicopatológica

## **Abstract**

The death of a child is considered one of the most tragic and painful events that parents can experience. In order to find meaning in their lives, the parents maintain an emotional bond to their deceased child, termed continuing bonds. The aim of the present study was to contribute to the validation of the Portuguese version of the Continuing Bonds Scale-16 (CBS-16) and to examine the association between the continuing bonds and the individual adjustment among parents who lost a child. The sample consisted of 163 bereaved parents. Individual adjustment was assessed in terms of grief response, quality of life and psychopathological symptoms, respectively by the Prolonged Grief Disorder (PG-13), the index of quality of life EUROHIS-QOL-8 and the Brief Symptom Inventory (BSI). The CBS-16 showed good internal consistency, both in the total score ( $\alpha = .90$ ) and regarding the two factors ( $\alpha = .89$ , for Internalized Continuing Bonds;  $\alpha = .83$ , for Externalized and Illusory Continuing Bonds), as well as satisfactory construct validity ( $\chi^2 = 207.02$ ,  $\chi^2/\text{g.l.} = 2.05$ , CFI = .90; RMSEA = .08) and convergent and discriminant validity. Therefore, the CBS-16 has proved to be a useful and reliable scale in the assessment of the types of continuing bonds in bereaved parents. The results also showed that the types of continuing bonds were positively associated with the grief response and symptoms of anxiety and depression and were negatively associated with the perception of quality of life. As regards the variables related to the death, the types of bonds were positively associated with the age of the child at the time of death. Concerning the circumstances of death, the types of internalized bonds were associated with unexpected death and the types of externalized and illusory bonds were associated with violent death. Finally, implications are also discussed and new approaches to research are suggested, considering the limitations indicated.

**Key words:** Death of a child, Types of Continuing Bonds, Grief Response, Quality of Life, Psychopathological Symptomatology

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>I.Enquadramento teórico .....</b>	<b>2</b>
Manutenção do vínculo ao filho falecido.....	3
Funções da manutenção do vínculo .....	4
Tipos de manutenção do vínculo .....	5
Influência do tempo na manutenção do vínculo .....	6
Avaliação da manutenção do vínculo: a <i>Continuing Bonds Scale</i> (CBS-16) .....	7
Adaptação individual de pais em luto .....	9
Manutenção do vínculo e luto parental .....	11
Efeitos da manutenção do vínculo na adaptação individual de pais em luto .....	12
Relação entre o tipo de perda, sintomatologia física e psicológica e manutenção do vínculo de pais em luto .....	14
<b>II. Processo metodológico.....</b>	<b>16</b>
1. Enquadramento metodológico .....	16
2. Desenho de investigação .....	16
Questão inicial, objetivos e mapa concetual .....	16
Hipóteses de investigação .....	18
Estratégia metodológica.....	18
Seleção da amostra .....	18
Caracterização da amostra .....	19
Instrumentos utilizados .....	19
Ficha de dados sociodemográficos e antecedentes psicológicos dos pais .....	20
Ficha de dados relativos ao filho .....	20
Continuing Bonds Scale-16 .....	20
Prolonged Grief Disorder .....	21
EUROHIS-QOL-8 .....	22

Brief Symptom Inventory .....	22
Dual Coping Inventory .....	22
Inventário de Coping Diádico.....	23
Procedimento de Recolha de Dados .....	23
Procedimento de Análise de Dados .....	24
<b>III. Resultados.....</b>	<b>26</b>
Análise da estrutura fatorial e das características psicométricas da CBS-16.....	26
Características distribucionais dos itens .....	27
Validade de constructo.....	28
Análise Fatorial Exploratória.....	28
Análise Fatorial Confirmatória .....	30
Validades de constructo, convergente e discriminante .....	31
Fidelidade.....	32
Sensibilidade .....	34
Análise da associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a adaptação individual de pais em luto .....	35
Análise da associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a resposta de luto .....	35
Análise da associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a qualidade de vida .....	35
Análise da associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a presença de sintomatologia psicopatológica.....	36
Análise da associação entre os tipos de manutenção do vínculo e as variáveis relativas à morte do filho .....	36
<b>IV. Discussão dos Resultados.....</b>	<b>38</b>
Estrutura fatorial e características psicométricas da CBS-16 .....	38
Associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a resposta de luto .....	40
Associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a qualidade de vida .....	41



Associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a presença de sintomatologia psicopatológica .....	42
Associação entre os tipos de manutenção do vínculo e as variáveis relativas à morte do filho .....	43
<b>Conclusão .....</b>	<b>47</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>51</b>
<b>Anexos</b>	

## Índice de Anexos

**Anexo A.** Caracterização da amostra

**Anexo B.** Estudo psicométrico do *Prolonged Grief Disorder* (PG-13)

**Anexo C.** Estudo psicométrico do EUROHIS-QOL-8

**Anexo D.** Estudo psicométrico do *Brief Symptom Inventory* (BSI)

**Anexo E.** Estudo psicométrico do *Dual Coping Inventory* (DCI)

**Anexo F.** Estudo psicométrico do *Inventário de Coping Diádico* (ICD)

**Anexo G.** Kaiser-Meyer-Olkin e Teste de Bartlett

**Anexo H.** Resultados da primeira Análise Fatorial Exploratória

**Anexo I.** Gráfico Scree Plot

**Anexo J.** Modelo de Análise Fatorial Confirmatória final

**Anexo K.** Estudo da Normalidade

## Índice de Figuras

**Figura 1.** Mapa conceitual .....17

## Índices de Quadros

**Quadro 1.** Versão original e traduzida da *Continuing Bonds Scale-16* .....26

**Quadro 2.** Características distribucionais dos itens .....28

**Quadro 3.** Resultados da Análise Fatorial Exploratória com Extração de Fatores pelo Método de Rotação Varimax com Normalização de Kaiser .....29

**Quadro 4.** Comparação dos índices de ajustamento dos modelos testados através de AFC .....30

**Quadro 5.** Validade de constructo .....31

**Quadro 6.** Validade convergente da CBS .....31

**Quadro 7.** Validade discriminante da CBS .....32

**Quadro 8.** Correlação item-total e consistência interna dos itens .....33

<b>Quadro 9.</b> Consistência interna dos itens dos fatores.....	33
<b>Quadro 10.</b> Características distribucionais e consistência interna da escala.....	34
<b>Quadro 11.</b> Coeficientes de correlação entre os tipos de manutenção do vínculo e a resposta de luto .....	35
<b>Quadro 12.</b> Coeficientes de correlação entre os tipos de manutenção do vínculo e a percepção de qualidade de vida.....	36
<b>Quadro 13.</b> Coeficientes de correlação entre os tipos de manutenção do vínculo e a sintomatologia psicopatológica .....	36
<b>Quadro 14.</b> Coeficientes de correlação entre os tipos de manutenção do vínculo e variáveis relacionadas com a morte do filho .....	37

## Introdução

A morte de um filho é um dos eventos mais traumáticos que os pais podem experienciar. Esta perda afeta negativamente vários domínios da vida dos pais (Kreicbergs, Valdimarsdottir, Onelov, Henter, & Steineck, 2004), entre os quais se incluem as repercussões ao nível da saúde física e psicológica (van der Houwen, Stroebe, Schut, Stroebe, & Bout, 2010) e ao nível das funções sociais (Rando, 1985). O processo de luto parental é caracterizado por sintomatologia somática, maiores níveis de depressão e sentimentos de raiva, culpa e desespero (Rando, 1985). Ao longo do processo de luto, os pais apresentam maneiras distintas de expressar o seu sofrimento, criam significados constantes e recorrem a diferentes estratégias de *coping* de forma a construírem um sentido para a experiência, restaurarem o equilíbrio abalado pela perda e assimilarem a nova realidade (Hamama-Raz, Rosenfeld, & Buchbinder, 2010). Neste contexto, a manutenção do vínculo, definida como a presença de uma ligação emocional ao filho falecido (Field, Nichols, Holen, & Horowitz, 1999), tem sido proposta como uma característica inerente ao processo de luto (Klass, Silverman, & Nickman, 1996) e como uma estratégia de *coping*. Ainda assim, verifica-se uma falta de consenso quanto ao seu papel no processo de luto.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo geral contribuir para a validação da versão Portuguesa da *Continuing Bonds Scale-16* (CBS-16), bem como analisar a associação entre a manutenção do vínculo e a adaptação individual (avaliada em termos da resposta de luto, qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica) em pais que perderam um filho. Deste modo, este estudo pretende clarificar a função dos tipos de manutenção do vínculo, de forma a facilitar a compreensão do seu papel na adaptação face à perda de um filho.

Esta investigação encontra-se organizada em cinco partes. No primeiro capítulo, é apresentado o enquadramento teórico, no qual os conceitos em estudo são revistos e relacionados. O segundo capítulo corresponde à descrição do processo metodológico, incluindo o paradigma que norteou a investigação, a questão inicial, o mapa conceitual, os objetivos gerais e específicos, as hipóteses de investigação, a seleção e caracterização da amostra, os instrumentos e os procedimentos utilizados para a recolha e análise dos dados. O terceiro capítulo consiste na exposição dos métodos estatísticos utilizados e na apresentação dos resultados. No quarto capítulo, os resultados obtidos são discutidos. Por fim, num último capítulo apresentam-se as principais conclusões, bem como limites do estudo, implicações práticas e sugestões para futuras investigações.

## **I. Enquadramento teórico**

A morte de um filho é um dos acontecimentos mais drásticos pelo qual um indivíduo pode passar, uma vez que viola a lei da natureza e inverte a sequência natural de eventos de vida para os pais (Keesee, Currier, & Neimeyer, 2008; Wheeler, 2001; Znojand & Keller, 2002), pelo qual é uma das perdas mais difíceis de integrar (Davies, 2004). Esta perda pode ser vista como uma crise que apresenta duas facetas. Por um lado, pode ser caracterizada por desequilíbrio intenso, instabilidade e desorganização (Patterson, 2002) e, por outro lado, pode ser encarada como uma fase de oportunidade, uma vez que poderá permitir que os pais redefinam prioridades, construam relacionamentos mais ricos, restabeleçam relações quebradas e adquiram compaixão pelo sofrimento dos outros (Walsh, 2003).

A reação face à perda é um fenómeno complexo (Howarth, 2011) que pode seguir diferentes trajetórias (Bonanno, Wortman, & Nesse, 2004). Neste sentido, embora a maioria dos pais em luto consiga retomar as suas vidas, a literatura tem demonstrado que os sintomas de luto podem persistir ao longo de toda a vida dos pais (Dyregrov & Dyregrov, 1999). Ao longo do processo de luto, os indivíduos em luto realizam esforços no sentido de encontrar um propósito para a morte e descobrir benefícios na experiência (Gillies & Neimeyer, 2006). Como tal, a construção de significado tem sido proposta como um fator crucial na adaptação face à perda (Currier, Holland, & Neimeyer, 2006), uma vez que parece atenuar o impacto de fatores de risco (Neimeyer, Baldwin, & Gillies, 2006), para além de resultar em crescimento pessoal, aquisição de novas competências e aumento do conhecimento (Kállay, 2007). Os desafios decorrentes da morte de um filho exigem formas de manter o vínculo ao filho falecido, para que os pais possam construir um sentido/significado acerca da experiência (Dokken, 2013). A investigação tem demonstrado que, após a morte, uma ligação emocional ao filho poderá continuar (Field et al., 1999), denominada de manutenção do vínculo. Esta expressa-se por diversos tipos, sendo que se verifica uma falta de consenso quanto à sua influência na adaptação dos pais em luto (Field, Oz-Gal, & Bonanno, 2003).

Neste sentido, este estudo tem como objetivo geral contribuir para a validação da versão Portuguesa da *Continuing Bonds Scale-16* (CBS-16), bem como analisar a associação entre a manutenção do vínculo e a adaptação individual (avaliada em termos da resposta de luto, qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica) em pais que perderam um filho.

## **Manutenção do vínculo ao filho falecido**

Num nível concreto, a morte significa a perda da presença física. No entanto, esta ausência pode não significar a perda da relação, uma vez que o vínculo pode continuar. Assim, é possível existir uma ligação que possa sobreviver à morte, designada de manutenção do vínculo (Root & Exline, 2014). Esta pode ser definida como a presença de uma relação interna permanente com o falecido (Stroebe & Schut, 2005), no sentido em que o indivíduo em luto desenvolve e mantém uma representação interna do falecido e este passa a fazer parte do seu mundo interior (Dyregrov & Dyregrov, 2008), através da construção de representações mentais (Russac, Steighner, & Canto, 2002). Desta forma, dá-se uma reestruturação e redefinição da relação através de interações simbólicas (Russac et al., 2002). Segundo Troll (2001), os indivíduos em luto desejam continuar a manter intimidade com o falecido e, neste sentido, desenvolvem memórias, sentimentos e comportamentos para manter o vínculo, que podem ser expressos através de sensações físicas, como ver ou confundir o falecido com outras pessoas (Field, Gao, & Paderna, 2005), ouvir, sentir contacto tátil e o cheiro do falecido (Haraldsson, 1988), mas também pensar (Foster, 2008), contar histórias sobre ele (Sanger, 2009) e manter e usar os seus pertences. Os indivíduos em luto podem também ter a perceção da influência do falecido nas suas vidas atuais e, neste sentido, podem assumir características, valores e crenças (Klass, 1993; Russac et al., 2002) e fazer coisas que o falecido teria gostado (Foster et al., 2011). Noutros casos, a manutenção do vínculo pode ser expressa através de um vínculo interativo com o falecido, como, por exemplo, sentir a sua presença (Field & Friedrichs, 2004), tentar comunicar através de conversas (Field et al., 2005) e escrever cartas e rezar (Foster et al., 2011). Além disso, a manutenção do vínculo também pode ser expressa através de atividades, como ver fotografias (Reisman, 2001; Riches & Dawson, 1998), visitar a campa e lugares frequentados pelo falecido (Field et al., 2005) e homenageá-lo através de atos altruístas (Foster et al., 2011).

A visão tradicional da resolução do luto defendia que os indivíduos deviam trabalhar no sentido de quebrar o vínculo ao falecido em termos emocionais, de modo a permitir a adaptação psíquica e comportamental através do investimento em novas relações (Boerner & Heckhausen, 2003; Khosravan, Salehi, Ahmadi, Sharif, & Zamani, 2010; Stroebe, Abakoumkin, Stroebe, & Schut, 2012; Walliss, 2001). Assim, a manutenção do vínculo era vista como fútil e patológica (Field, 2006a) ou como produto de fantasia, alucinação ou histeria (Bennett & Bennett, 2000) e, como tal, era encarada como uma reação de perda inadaptativa e um obstáculo à resolução bem-sucedida do luto

(Silverman & Klass, 1996). Como tal, a principal tarefa do luto era a quebra do vínculo ao falecido (Freud & Worden, 1961, 1917; 1982, cit. por Root & Exline, 2014), sendo que o seu incumprimento estava associado a complicações no processo de luto (Stroebe et al., 2012).

Nos últimos anos, tem-se verificado uma alteração na abordagem face à perda, com foco nas experiências dos indivíduos em luto, nas suas respostas emocionais e afetivas (Maddrell, 2013) e na construção de sentido/significado face à perda (Davies, 2004). Assim, as novas perspetivas rejeitam o conceito de quebrar o vínculo ao falecido como um meio de resolver o luto e enfatizam o conceito de manutenção do vínculo (Davies, 2004; Maddrell, 2013), recentemente compreendido através da Teoria da Vinculação (Field et al., 2005). Esta teoria proporciona uma explicação biopsicossocial acerca da forma como as relações são desenvolvidas e mantidas (Waskowic, 2010) e sobre as transições ocasionadas pela morte de um ente querido, permitindo compreender a relação entre a história de vinculação, os estilos de relacionamento do indivíduo e as diferentes formas de reagir à perda (Stroebe, 2002). De acordo com esta teoria, a perda de uma pessoa importante ativa o sistema de vinculação e as tentativas individuais para restabelecer a proximidade com o falecido (Bowlby, 1980).

Embora a manutenção do vínculo tenha vindo a ser considerada como uma parte normativa do processo de luto, os estudos sugerem que nem sempre é adaptativa (Field et al., 2005). Por conseguinte, a literatura mais recente tem procurado diferenciar as condições em que o vínculo é e não é adaptativo (Boerner & Heckhausen, 2003; Field et al., 2005). Segundo Stroebe e Schut (2005), a manutenção do vínculo poderá ter um papel construtivo ou obstrutivo no ajustamento face à perda, consoante a função, tipos de vínculo e tempo decorrido desde a perda.

### **Funções da manutenção do vínculo**

Na literatura, evidencia-se a existência de uma falta de consenso quanto ao papel da manutenção do vínculo ao falecido (Ho, Chan, Ma, & Field, 2013), na medida em que são apontadas duas funções opostas. A manutenção do vínculo pode constituir uma estratégia de *coping* (Stroebe et al., 2012), que exerce uma função adaptativa, de reajustamento saudável (Epstein, Kalus, & Berger, 2006; Neimeyer et al., 2006), de promoção da continuidade da identidade, de conforto (Bonanno & Kaltman, 1999; Klass, 1993) e de força e apoio emocional em situações stressantes (Bonanno & Kaltman, 1999), constituindo um fator saudável na resolução do luto (Root & Exline, 2014). Klass et al.

(1996, cit. por Stroebe et al., 2012) realizaram um estudo com indivíduos em luto e verificaram que a manutenção do vínculo ao falecido era adaptativa e encontrava-se associada a benefícios. Estes mesmos autores (tal como citado por Bonanno, Papa & O'Neill, 2002) argumentaram que a manutenção do vínculo promovia a resiliência contra o sofrimento associado à perda, era fonte de consolo e apoio, para além de facilitar a continuação da vida. Silverman e Klass (1996, cit. por Walliss, 2001) defenderam que os indivíduos em luto constroem representações internas, mantêm a interdependência com o falecido e envolvem-se na construção e reconstrução de novas relações.

Contudo, a manutenção do vínculo pode também representar uma estratégia de evitamento e de negação da perda (Root & Exline, 2014), perpetuar o pensamento ruminativo, estar associada a sintomatologia mais severa (Field & Friedrichs, 2004; Field et al., 2003; Stroebe & Schut, 2005), impedir a continuação da vida (Field et al., 2003) e dificultar a resolução bem-sucedida do luto (Root & Exline, 2014). Alguns estudos indicam ainda que a manutenção do vínculo está associada ao aumento de níveis de sofrimento em vários momentos do tempo, seja imediatamente após a perda (Field & Friedrichs, 2004), seja nos cinco anos seguintes (Field et al., 2003).

### **Tipos de manutenção do vínculo**

Na literatura, tem-se procurado considerar a influência dos diferentes tipos de manutenção do vínculo nos resultados do processo de luto, embora não se tenha, ainda, chegado a um consenso sobre a forma como os tipos de vínculo influenciam o ajustamento após a perda (Field et al., 2003). Recentemente, Field e Filanosky (2010) defenderam que a manutenção do vínculo pode ser expressa através de tipos internalizados e tipos externalizados e ilusórios, sendo estes tipos de vínculo avaliados através da *Continuing Bonds Scale* (CBS). Os tipos internalizados de manutenção do vínculo implicam uma maior aceitação da perda (Field et al., 2005), por ser reconhecida a impossibilidade de recuperar a proximidade física (Field, 2006b; Field & Filanosky, 2010) e, como tal, enfatizam a proximidade psicológica (Root & Exline, 2014), promovem uma base segura (Field & Filanosky, 2010) e o falecido é visto como um modelo significativo e de referência (Field et al., 2005). Estes tipos de vínculo estão associados positivamente ao crescimento pessoal e pós-traumático (Field & Filanosky, 2010), ainda que se possa registar uma associação positiva entre estes tipos de vínculo e a sintomatologia de luto, na presença de uma relação de proximidade, o que pode dificultar o ajustamento face à perda (Field & Filanosky, 2010). Como exemplos destes



tipos de vínculo, enumeram-se a evocação mental da imagem do falecido como uma figura reconfortante (Field & Filanosky, 2010), a comunicação, símbolos e rituais (Toller, 2005), como visitar a campa e o local preferido do falecido (Field et al., 2005), como também pode ser mantido por objetos, flores, fotografias (Reisman, 2001; Riches & Dawson, 1998), altares domésticos e colocação de objetos na campa ou noutros locais de memorização (Richardson, 2001, cit. por Maddrell, 2013).

Em contraste, os tipos externalizados e ilusórios de manutenção de vínculo sugerem uma recusa em aceitar e integrar a realidade da perda, representam o comportamento de procura baseado na vinculação (Field, 2008), enfatizam a proximidade física ao falecido (Field & Filanosky, 2010) e estão associados a problemas psicológicos (Field, 2008) e ao processo de luto não resolvido (Field, 2006b; Field & Filanosky, 2010; Field et al., 2005; Root & Exline, 2014). Estes tipos de vínculo são mais propensos a ser percecionados como intrusivos ou perturbadores (Root & Exline, 2014) e podem ser expressos por ilusões e alucinações, como ver ou ouvir o falecido (Root & Exline, 2014) ou confundi-lo com outros indivíduos (Field et al., 2005).

### **Influência do tempo na manutenção do vínculo**

Os efeitos da manutenção do vínculo podem depender do tempo decorrido desde a perda. Segundo Field et al. (2005), alucinações e ilusões registadas logo após a morte não devem ser vistas como uma resposta inadequada, mas sim como tentativas de restabelecer a proximidade física, registadas na fase inicial de protesto do processo de luto. Por outro lado, é sugerido que o uso excessivo de tipos de manutenção do vínculo muitos meses após a morte, pode ser indicativo de mau prognóstico, uma vez que a manutenção do vínculo poderá estar associada à incapacidade em aceitar a permanência da separação física (Field et al., 2005). A este respeito, um estudo de Field et al. (2003) constatou que a manutenção do vínculo cinco anos após a perda do cônjuge estava associada a sofrimento mais severo, independentemente do tipo de vínculo. Na literatura, constatou-se também que a frequência da manutenção do vínculo pode diminuir com o tempo, embora não desapareça (Vickio, 1999). Por exemplo, um estudo de Klugman (2006) é congruente com esta ideia, ao sugerir que a manutenção do vínculo pode ser um fenómeno presente ao longo de toda a vida dos indivíduos em luto.

**Avaliação da manutenção do vínculo: a *Continuing Bonds Scale* (CBS)**

A evidência de que os diferentes tipos de manutenção do vínculo podem influenciar o processo de luto levou à necessidade de criar um instrumento de avaliação dirigido aos indivíduos em luto que permitisse avaliar a manutenção do vínculo ao falecido. A *Continuing Bonds Scale* (CBS) é o instrumento citado na literatura que avalia especificamente a manutenção do vínculo, embora seja utilizado predominante na área do luto (Schut, Stroebe, Boelen, & Zijerveld, 2006), nomeadamente em estudos com adultos em luto pela morte do cônjuge (Field et al., 1999; Field et al., 2003; Ho et al., 2013). Mais recentemente, Sochos e Bone (2012) desenvolveram o *New Continuing Bonds Questionnaire*, com 20 itens referentes a comportamentos de manutenção do vínculo, em que os participantes indicavam se o distanciamento ou a manutenção do vínculo ao falecido facilitava ou inibia o processo de luto. A análise de componentes principais identificou dois fatores de manutenção do vínculo, o primeiro sugerindo que a manutenção do vínculo facilitava o processo de luto e o segundo sugerindo que essa manutenção dificultava o processo.

O presente estudo irá centrar-se na *Continuing Bonds Scale*. Num estudo de Field et al. (1999), os autores entrevistaram indivíduos em luto pela morte do cônjuge, de forma a avaliarem os tipos de manutenção do vínculo a partir de uma listagem de 30 itens referentes a comportamentos e experiências vivenciados no processo de luto, incluindo sensação de presença do cônjuge falecido, manutenção e utilização de pertences e memórias. A partir deste estudo, e num outro estudo subsequente (Field et al., 2003), desenvolveram e avaliaram a estrutura fatorial da CBS através de uma investigação longitudinal com quatro momentos de avaliação: aos 6, 14, 25 e 60 meses após a perda do cônjuge. A versão final da CBS foi constituída, assim, por 11 itens que representavam os tipos de manutenção do vínculo, como memórias, manutenção de pertences, sensação de presença e identificação e internalização do falecido através de interesses e valores. A consistência interna revelou ser adequada com o valor de .87 (Field et al., 2003).

Considerando esta versão de 11 itens, Field e Filanosky (2010) realizaram um estudo com 502 indivíduos em luto pela morte do cônjuge ou companheiro, pais, filhos ou amigos íntimos, no qual aumentaram a escala para um questionário de 47 itens, no âmbito de cobrir de forma mais abrangente os tipos de manutenção do vínculo. A análise fatorial resultou numa versão da CBS composta por 16 itens, organizados numa estrutura em dois fatores – os *Tipos Internalizados de Manutenção do Vínculo*, constituídos por 10 itens, e os *Tipos Externalizados e Ilusórios de Manutenção do Vínculo*, constituídos por

seis itens<sup>1</sup>. Os itens foram respondidos com base numa escala de frequência de tipo *Likert*, com quatro alternativas de resposta, oscilando entre 0 (“Nunca”) e 3 (“Muitas vezes”), em relação ao último mês. A consistência interna desta versão foi de .92 para o primeiro fator e de .73 para o segundo fator.

À semelhança de Field et al. (2003), também Neimeyer et al. (2006) utilizaram a escala de 11 itens com um único fator, numa investigação de 506 jovens adultos em luto pela perda de pais, irmãos, filhos, cônjuges, avós, primos, tios e amigos. A consistência interna mostrou ser bastante adequada (*alfa de Cronbach* = .90). Field e Friedrichs (2004) desenvolveram posteriormente uma versão reduzida de seis itens, tendo obtido um *alfa de Cronbach* de valor de .85. Mais tarde, Stroebe et al. (2012), utilizando a mesma versão de seis itens, realizaram uma análise fatorial e, através de uma análise de componentes principais com rotação varimax, resultaram dois fatores. O primeiro fator, designado de *Não Quebrar o Vínculo* foi constituído por três itens, enquanto o segundo, denominado *Conexão* incluía três itens. A consistência do total dos seis itens foi de .65 e dos fatores foi de .72 para o primeiro fator e .75 para o segundo fator.

Nos últimos anos, têm-se registado desenvolvimentos de outras versões da CBS. Como exemplo, a partir da versão de 47 itens (Field & Filanoski, 2010), a *Continuing Bonds Scale* foi traduzida para chinês (Ho et al., 2013) através de uma amostra de 71 indivíduos em luto pela morte do cônjuge. A partir de uma análise fatorial exploratória foram retidos 19 itens e, pela utilização de uma rotação oblíqua resultou a solução de dois fatores. O primeiro fator *Tipos Internalizados* continha 14 itens e o segundo fator *Tipos Externalizados* continha cinco itens. A consistência da totalidade dos 19 itens foi de .92 e dos fatores foi de .92 para o primeiro fator e .84 para o segundo fator. Os resultados indicaram assim uma boa consistência interna, mostrando a fidelidade da versão Chinesa da CBS.

A CBS foi adaptada a partir da escala de 11 itens (Field et al., 2003) para uso numa entrevista breve a indivíduos em luto pela morte do cônjuge e do filho, numa investigação transcultural com os Estados Unidos da América e a República Popular da China. Foram selecionados quatro itens, adequados para tradução nos dois países e a consistência interna foi de .62 (Lalande & Bonanno, 2006).

Em síntese, vários estudos têm demonstrado a fidelidade da CBS. A consistência interna da versão de 11 itens variou entre .87 (Field et al., 2013) e .90 (Neimeyer et al.,

---

<sup>1</sup> A descrição dos tipos internalizados de manutenção do vínculo e dos tipos externalizados e ilusórios de manutenção do vínculo encontra-se nas páginas 5 e 6.

2006) e entre .65 (Field & Friedrichs, 2004) e .85 (Stroebe et al., 2012) na versão de seis itens. Os valores de *alfa de Cronbach* mostraram-se igualmente adequados na versão Chinesa de 19 itens ( $\alpha = .92$ ; Ho et al., 2013). Em relação à consistência interna dos fatores da CBS, em todos os estudos efetuados, os valores de *alfa de Cronbach* foram superiores a .70 (Field & Filanoski, 2010; Ho et al., 2013; Stroebe et al., 2012), o que atesta a fiabilidade da escala.

### **Adaptação individual de pais em luto**

Na adaptação dos pais em luto, devem ser consideradas as diferenças individuais, por forma a ter em conta os pressupostos, perceções e crenças que são afetados como parte da identidade do *self* (Lohan & Murphy, 2005). Como variáveis individuais que influenciam a adaptação, incluem-se o sexo e a idade dos pais, estado civil, educação, emprego, crenças religiosas, personalidade, autoestima, autoeficácia e estratégias de *coping* (Keesee et al., 2008; Murphy et al., 1999), nas quais se integram os tipos de manutenção do vínculo. Por exemplo, os estudos tendem a revelar que os pais mais jovens (Reed, 1998, tal como citado por Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2003) e com um nível de escolaridade mais baixo apresentam uma resposta face à perda mais intensa (Winjngaards-de Meij et al., 2008), sendo que, embora as mães tenham mais facilidade em expressar o seu sofrimento (Rubinstein, 2004), apresentam mais dificuldades e por um período de tempo superior (Littlewood & Cramer, 1991; Winjngaards-de Meij et al., 2008) em comparação com os pais.

Como fatores contextuais que influenciam a adaptação dos pais em luto, incluem-se a fase do ciclo de vida, a presença de outros filhos, os tipos de vinculação, a história prévia à perda, as condições da família e a personalidade do filho falecido (Hunt & Greeff, 2011). De acordo com Videka-Sherman (1982), a presença de outros filhos foi associada a menor probabilidade de separação conjugal, por ser considerada uma forma de encontrar sentido para a vida.

Quanto às circunstâncias da morte, há que incluir os fatores que não podem ser alterados, como as causas, o local do óbito e estar presente no momento da morte, e os fatores que podem ser modificáveis, nos quais os indivíduos em luto realizam escolhas, como ver o corpo, doar órgãos, optar pela cremação ou enterro e organizar o funeral (Hunt & Greeff, 2011). Um estudo de Gamino, Sewell e Easterling (2000) mostrou que pouco tempo de preparação para a morte do filho foi indicativo de um pior prognóstico e que o envolvimento dos pais na organização do funeral apresentou um efeito menos negativo.

Na literatura, tem sido evidenciado que variáveis como celebrações (McCubbin, McCubbin, Thompson, Han, & Chad, 1997), comunicação aberta (Clarke, Davies, Jenney, Glaser, & Eiser, 2005), coesão e flexibilidade (Patterson, 2002), harmonia e apoio social (Laakso & Paunonen-Ilmonen, 2002), saúde física e psicológica (Znoj & Keller, 2002), crenças espirituais e religiosas (Balk, 1999) e práticas culturais (Tedeschi & Calhoun, 2006), constituem fatores de proteção. Estas variáveis desempenham um papel fundamental na capacidade de resiliência e de adaptação face à perda de um filho, uma vez que servem como amortecedores contra a possível influência de fatores de risco e aumentam a capacidade para ultrapassar o luto com sucesso (Greeff, Vansteenwegen, & Herbiest, 2011). Como características pessoais associadas à adaptação encontra-se, por exemplo, o otimismo (Folkman & Greer, 2000). Num estudo longitudinal de Nolen-Hoeksema (1999, cit. por Folkman & Greer, 2000), os pais em luto mais otimistas apresentaram menos sintomas de depressão e de sofrimento aos 6, 13 e 18 meses após a perda. O otimismo correlacionou-se positivamente com a construção de significado para a perda, tal como para a procura de apoio social. Na mesma linha, a resiliência implica a capacidade para suportar as situações stressantes e recuperar de eventos traumáticos (Connor, 2006) e está associada ao crescimento pós-traumático (Rosenberg, Baker, Syrjala, Back, & Wolfe, 2013). As estratégias de *coping* também determinam como os indivíduos lidam com eventos stressantes (Brennan, 2001). Um estudo de Hoekstra-Weebers et al. (1999, cit. por Folkman, & Greer, 2000) mostrou que os pais em luto mais jovens utilizavam soluções mais ativas para resolver problemas em comparação com os pais mais velhos e a sintomatologia física mostrou-se positivamente associada a uma estratégia de *coping* evitante. Assim, este estudo sugeriu que as estratégias de *coping* dos pais em luto exerceram influência na saúde geral dos mesmos.

A morte de um filho é um evento traumático que pode ter efeitos a longo prazo sobre a vida dos pais (Rogers, Floyd, Seltzer, Greenberg, & Jinkuk, 2008), embora também possam experienciar um crescimento positivo, reportando estar mais fortes, sensíveis e corajosos (Arnold, Gemma, & Cushman, 2005, cit. por Foster et al., 2011). Um estudo de Barrera et al. (2009), pretendendo avaliar o luto parental e o ajustamento seis meses após a morte de um filho por cancro, mostrou que, embora os pais tivessem descrito a experiência como devastadora, encontraram novas oportunidades de maturação, crescimento positivo e valorização de novos aspetos da vida.

### **Manutenção do vínculo e luto parental**

O processo de luto é composto por diversas fases – *choque*, *consciencialização*, *desorganização*, *cura* e *renovação*. A fase de *choque* caracteriza-se por entorpecimento, desequilíbrio e descrença; a fase de *consciencialização* da perda é marcada por ansiedade de separação, saudade, choro e manifestações de raiva, culpa e vergonha; a fase de *desorganização* é caracterizada por desespero e desamparo, embora o indivíduo em luto perceba gradualmente a necessidade de reconstruir a sua vida; na fase de *cura* o enlutado adquire gradualmente novas forças e confiança e reorganiza pensamentos e sentimentos; e na fase de *renovação*, o sofrimento diminui significativamente e um sentimento de competência permite arriscar em novos desafios e novas relações (Bonanno & Kaltman, 2001; Sanders, 1989).

De acordo com o Modelo de Processamento Dual de Stroebe e Schut (1999), num processo de luto adaptativo, o indivíduo enlutado confronta e evita dois tipos de stressores de luto. Os stressores orientados para a perda focam-se no falecido, em eventos relacionados com a morte e nas respostas comportamentais, como por exemplo, ver fotografias, partilhar histórias sobre o falecido (Boerner & Heckhausen, 2003; Jordan & Litz, 2014), e nas respostas emocionais como saudade, ruminação e solidão (Shah & Meeks, 2012). Os stressores orientados para o restabelecimento distanciam-se da dor (Boerner & Heckhausen, 2003) e focam-se nas consequências da perda (Stroebe, Folkman, Hansson, & Schut, 2006), nomeadamente nos desafios decorrentes da mesma, como a definição de novos papéis sociais e a aquisição de novas competências (Boelen, 2011; Shah & Meeks, 2012), que permitirão chegar à aceitação da atual situação e retomar a vida quotidiana (Jordan, & Litz, 2014). Este modelo especifica que a oscilação entre momentos de confronto e momentos de evitamento (Greeff et al., 2011; Stroebe, Schut, & Boerner, 2010) é um processo dinâmico e necessário para a adaptação (Stroebe et al., 2006). O enlutado deve, assim, passar por um processo emocional onde é confrontado com a realidade da perda, analisa os acontecimentos anteriores, concentra-se em memórias do falecido e, gradualmente, vai-se desvinculado do mesmo (Dyregrov & Dyregrov, 2008).

Num processo de luto normal, os pais em luto apresentam níveis de saudade e de descrença significativamente inferiores após dois anos, enquanto a aceitação face à perda aumenta (Maciejewski, Zhang, Block, & Prigerson, 2007). No entanto, existem pais que continuam a apresentar sintomas físicos e psicológicos severos e crescentes (Goodenough, Drew, Higgins, & Trethewie, 2004), que dificultam o ajustamento face à

perda (Jordan & Litz, 2014). Estes sintomas poderão constituir uma Perturbação de Luto Prolongado (Prigerson et al., 2009), alternativamente designada de luto complicado, luto patológico ou luto traumático, na qual as dificuldades face à perda persistem ou crescem em vez de diminuírem com o tempo (Jordan & Litz, 2014). Esta perturbação é caracterizada por níveis intensos, disruptivos e diários de ansiedade de separação e, pelo menos, cinco dos seguintes sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais – confusão em relação ao próprio papel na vida (perceção de que parte de si morreu); dificuldade em aceitar a perda; evitar lembrar a realidade da perda; incapacidade para confiar nos outros; sentimentos de amargura e revolta face à perda; dificuldade em continuar com a vida; perceção de estar entorpecido emocionalmente; sentir que a vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a perda; e sentimento de choque, atordoamento e confusão. Nesta perturbação, regista-se disfunção social e ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento, sendo que o diagnóstico só deverá ser realizado após terem decorrido seis meses desde a perda (Prigerson et al., 2009). Um estudo de Dijkstra (2000, cit. por Dyregrov et al., 2003) com pais em luto evidenciou que 50% das mães e 20% dos pais apresentavam sintomas de luto complicado vinte meses após a perda do filho. Como já mencionado anteriormente, os tipos externalizados de manutenção do vínculo, expressos através de ilusões e alucinações, estão associados à dificuldade em aceitar a realidade da perda (Field et al., 2013) e ao processo de luto não resolvido (Field & Filanosky, 2010; Ho et al., 2013) e, como tal, a níveis mais elevados de sintomatologia de luto complicado e sintomatologia psicopatológica em comparação com os tipos internalizados de manutenção do vínculo (Field & Filanosky, 2010; Field et al., 2013).

### **Efeitos da manutenção do vínculo na adaptação individual de pais em luto**

Nos estudos da manutenção do vínculo em pais em luto têm sido encontrados efeitos positivos e negativos, variáveis em função dos tipos de manutenção do vínculo. Por exemplo, um estudo de Sormanti e August (1997) com uma amostra de 43 pais que perderam os seus filhos por cancro, verificaram que os pais relataram formas de manter o vínculo, expressas através de visitas à campa, rezar e falar com os filhos. A maioria dos pais descreveu estes tipos de vínculo como positivos, fonte de paz e conforto, pois permitiram que se sentissem mais perto dos seus filhos, embora alguns pais tivessem apontado que estes tipos de vínculo foram dolorosos, pois estavam associados a sentimentos de frustração por não terem conseguido ajudar o filho e por quererem ter tido

a oportunidade de passar mais tempo com o mesmo. Para a maioria dos pais, a utilização dos tipos de manutenção do vínculo foi diminuindo ao longo do tempo. Os pais em luto podem manter o quarto do seu filho imodificável, apesar do tempo decorrido desde a perda, o que pode apontar para uma tentativa de proximidade física e negação da morte (Field, 2006b). Riches e Dawson (1998) avaliaram 36 pais em luto através de entrevistas e verificaram que fotografias e outros objetos concretos pareceram ajudar os pais a confirmar a morte do filho. Davies (2005) evidenciou que os pais preservavam as memórias e lembranças da vida e do momento da morte dos seus filhos, sendo que Gamino et al. (2000) propuseram que a manutenção de memórias positivas é adaptativa.

Um estudo de Ronen et al. (2009) sobre o impacto da morte de um filho explorou a adaptabilidade da manutenção do vínculo, o ajustamento psicológico e as reações de luto e verificou que os pais pertencentes ao grupo de luto não complicado evidenciaram a internalização de qualidades positivas do filho e a identificação do mesmo como um modelo a seguir, enquanto os pais do grupo de luto complicado não relataram estas experiências. Este estudo sustentou a ideia de Root e Exline (2014) de que os tipos internalizados de manutenção de vínculo enfatizam a proximidade psicológica ao falecido. Mais recentemente, um estudo de Cacciatore e Flint (2012) acerca dos rituais após a morte de um filho, como visitar a campa e ver fotografias, evidenciou que os rituais permitiram a manutenção do vínculo ao filho, a qual pareceu reafirmar a proximidade psicológica e fornecer um meio para o crescimento pós-traumático, através da oportunidade de recordar e honrar o filho. Em contraste, o estudo Harper, Connor, Dickson e O'Carroll (2011) evidenciou que a presença persistente junto à campa ou em santuários domésticos estava associada à incapacidade para enfrentar a realidade da perda. Field et al. (2013) investigaram a natureza consoladora ou perturbadora dos tipos de manutenção do vínculo em relação ao ajustamento de mães que tinham perdido um filho num período de cinco anos, através de uma entrevista semiestruturada, a *Continuing Bonds Interview*, constituída por itens referentes aos tipos de manutenção do vínculo. Os autores verificaram que alucinações e ilusões foram preditoras de níveis mais elevados de sintomatologia, ao passo que as mães que comunicavam com os filhos através de sonhos e que classificavam a manutenção do vínculo como consoladora não apresentaram sintomatologia. Este estudo vai ao encontro da ideia de Field (2008) de que a manutenção do vínculo ao filho falecido pode facilitar a adaptação desde que não impeça os pais de seguirem em frente com as suas vidas e de reconhecerem a realidade da morte do filho.



Assim, vários estudos sobre os efeitos dos tipos de manutenção do vínculo concluíram que os pais em luto experienciavam efeitos reconfortantes, como acreditarem que o filho está seguro nas mãos de Deus (Field et al., 2005), mas também efeitos desconfortáveis e intrusivos, como acreditarem que o filho os culpa pela sua morte, devido à falta de proteção (Boelen, Stroebe, Schut, & Zijerveld, 2006; Field & Friedrichs, 2004; Field et al., 2005; Foster et al., 2011; Gamino et al., 2000; Neimeyer et al., 2006; Ronen et al., 2009).

### **Relação entre o tipo de perda, sintomatologia física e psicológica e manutenção do vínculo de pais em luto**

Ainda que a compreensão do luto parental quanto à fase em que a morte ocorre (e.g., período perinatal, primeira infância, infância, adolescência e idade adulta), causas e circunstâncias da perda (e.g., morte súbita, morte violenta, doença aguda, crónica ou terminal e acidente) seja incompleta (Arnold & Gemma, 2008), sabe-se que a perda de um filho pode ser uma experiência devastadora, independentemente da causa da morte (Lichtenthal, Neimeyer, Currier, Roberts, & Jordan, 2013). Contudo, diversos estudos sugerem que existem consequências psicológicas diferenciais quando a morte é súbita ou esperada (Kristensen, Weisæth, & Heir, 2012), quando é ou não violenta (Currier et al., 2006) e que a aceitação da perda de um filho pode variar dependendo das causas e circunstâncias da morte (Murphy, Tapper, Johnson, & Lohan, 2003).

Um estudo de Lichtenthal et al. (2013) sobre o tipo de perda e a construção de significado após a morte de um filho, verificou que os pais que perderam os seus filhos por mortes violentas (como acidentes, desastres, homicídio ou suicídio) relataram dificuldades na construção de um sentido para as suas vidas e apresentaram níveis mais elevados de *stress* pós-traumático (Lichtenthal et al., 2013), enquanto os pais que perderam os seus filhos por uma morte natural - morte perinatal, que inclui perdas como a gravidez ectópica, aborto, nado-morto e morte neonatal (Callister, 2006), ou morte por causas naturais previstas ou súbitas - apresentaram níveis mais elevados de crescimento pessoal e estratégias de *coping* mais adaptativas. Tais diferenças podem estar relacionadas com a forma como a morte é processada e interpretada, o que poderá ser a chave para a adaptação dos pais em luto (Lichtenthal et al., 2013).

A morte súbita e violenta tem sido associada a níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica e níveis mais baixos de resiliência (Mancini & Bonanno, 2009). Em resposta a estes tipos de morte, os tipos externalizados e ilusórios são mais

frequentes pela dificuldade em integrar a realidade da perda (Field & Filanosky, 2010). As mortes esperadas e não violentas estão associadas a problemas emocionais menos intensos e menos severos e a melhores resultados face à perda, comparativamente às mortes violentas e súbitas (Floyd, Seltzel, Greenberg, & Jieun, 2013). Em resposta a estes tipos de morte, os tipos internalizados são mais frequentes (Field & Filanosky, 2010).

Em síntese, a literatura na área do luto apresenta um quadro complexo em relação ao papel da manutenção do vínculo face à perda, com estudos que incidem fundamentalmente sobre adultos em luto pela morte do cônjuge (Field et al., 1999; Field et al., 2003; Ho et al., 2013) e apresentando resultados contraditórios (Root & Exline, 2014). Neste sentido, e segundo estes últimos autores, existem estudos que sugerem que a manutenção do vínculo constitui um fator saudável na resolução do luto, enquanto outros sugerem que pode dificultar a resolução bem-sucedida do mesmo. Perante este quadro, no qual é evidente que os tipos de manutenção do vínculo influenciam o processo de luto, torna-se pertinente esclarecer quais as funções associadas aos tipos de manutenção do vínculo, na adaptação individual de pais em luto.

## II. Processo metodológico

No presente capítulo, apresentam-se as etapas que caracterizaram o processo metodológico da presente investigação. Sendo assim, na primeira parte, é indicado o paradigma que norteou a investigação e, na segunda parte, é apresentado o desenho da investigação, o qual contém a questão inicial, o mapa conceitual, os objetivos (gerais e específicos), as hipóteses de investigação, a seleção e caracterização da amostra, os instrumentos e os procedimentos utilizados para a recolha e análise dos dados.

### 1. Enquadramento metodológico

Um processo de investigação implica a opção por um paradigma que é definido como um conjunto de crenças, conceitos e valores que orientam a ação (Guba, 1990) e guiam a investigação. Este estudo objetiva ser transversal e descritivo, pelo que se enquadra no paradigma da investigação Pós-Positivista. Este paradigma preconiza que a realidade apenas pode ser apreendida de forma aproximada (Guba, 1990).

### 2. O desenho da investigação

#### Questão inicial, objetivos e mapa conceptual

A presente investigação está inserida num projeto de doutoramento<sup>2</sup>, o qual pretende estudar a interdependência diádica após a morte de um filho, concretamente a influência de fatores individuais e interpessoais no ajustamento individual e conjugal. O ponto de partida deste estudo pode ser compreendido pela seguinte questão inicial:

*De que forma os tipos de manutenção do vínculo (internalizados e externalizados e ilusórios) se associam à adaptação individual (resposta de luto, qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica) em pais em luto?*

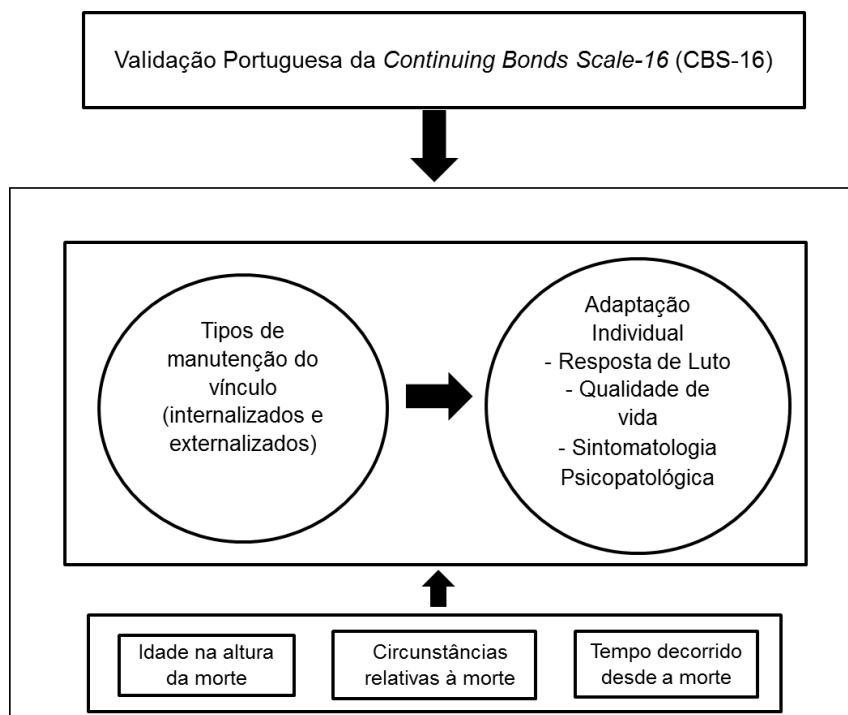
Assim, e através de uma abordagem quantitativa, pretende-se contribuir para a validação da versão portuguesa da *Continuing Bonds Scale-16* (CBS-16) e, ainda, analisar a associação entre a manutenção do vínculo e a adaptação individual (avaliada em termos de resposta de luto, qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica) em pais em luto. Neste sentido, traçaram-se os seguintes objetivos específicos:

---

<sup>2</sup> Projeto de Doutoramento da Mestre Sara Albuquerque, orientado pelo Prof. Doutor Marco Pereira e co-orientado pela Prof. Doutora Isabel Narciso Davide, a decorrer no âmbito do Programa Inter-Universitário de Doutoramento em Psicologia Clínica – Psicologia da Família e Intervenção Familiar, das Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

1. Analisar a estrutura fatorial e as características psicométricas da *Continuing Bonds Scale-16* (CBS-16), nomeadamente através dos estudos de fiabilidade e validade;
2. Estudar a associação entre os tipos de manutenção do vínculo (internalizados e externalizados e ilusórios) e a adaptação individual;
  - a. analisar a associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a resposta ao luto;
  - b. analisar a associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a perceção de qualidade de vida;
  - c. analisar a associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a presença de sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão);
3. Explorar a associação entre os tipos de manutenção do vínculo (internalizados e externalizados e ilusórios) e as variáveis relativas à morte do filho (e.g., idade na altura da morte, circunstâncias relativas à morte - morte esperada vs. inesperada; morte violenta vs. não violenta), e tempo decorrido desde a morte.

Na Figura 1, apresentamos o mapa concetual do presente estudo – instrumento de representação do conhecimento (Ausubel, 1968), no sentido em que constitui uma ferramenta gráfica que permite organizar e representar as relações existentes entre conceitos (Novak & Cañas, 2007) -, por forma a facilitar a compreensão das relações entre as variáveis em estudo, de uma forma clara e interativa.



**Figura 1.** Mapa concetual

### **Hipóteses de investigação**

Considerando os objetivos propostos e tendo em conta a revisão de literatura realizada, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Os indicadores de fiabilidade e validade da versão Portuguesa da *Continuing Bonds Scale-16* (CBS-16) são adequados (Field & Filanosky, 2010; Field et al., 2003; Ho et al., 2013; Stroebe et al., 2012);

H2: Os tipos de manutenção do vínculo associam-se positivamente à resposta de luto, embora os tipos externalizados e ilusórios apresentem uma associação positiva mais forte à resposta de luto (Field & Filanosky, 2010; Field et al., 2013; Ho et al., 2013);

H3: Os tipos de manutenção do vínculo associam-se positivamente à presença de sintomatologia psicopatológica, embora os tipos externalizados e ilusórios apresentem uma associação positiva mais forte à presença de sintomatologia psicopatológica (Field et al., 1999; Field et al., 2003);

H4: Os tipos de manutenção do vínculo associam-se positivamente à morte inesperada e de natureza violenta, embora os tipos externalizados e ilusórios apresentem uma associação mais forte à morte inesperada e de natureza violenta, comparativamente com a associação à morte esperada e de natureza não violenta (Field & Filanosky, 2010);

H5: Os tipos de manutenção do vínculo associam-se negativamente ao tempo decorrido desde a morte (Field & Filanosky, 2010; Sormanti & August, 1997; Vickio, 1999);

H6: Os tipos de manutenção do vínculo associam-se positivamente à idade do filho na altura da morte (Keese et al., 2008; Meiji et al., 2008).

Não se definiram hipóteses quanto à associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a qualidade de vida, dada a inexistência de literatura, do nosso conhecimento, que relacione estas variáveis.

### **Estratégia metodológica**

#### **Seleção da amostra**

Para a seleção da amostra, foi utilizada uma estratégia de amostragem não probabilística, ou seja, uma amostra de conveniência (Christensen, Johnson, & Turner, 2011). Esta estratégia facilitou a seleção da amostra do presente estudo, principalmente tendo em consideração a especificidade da população em estudo, bem como a limitação temporal da investigação.

A amostra utilizada nesta investigação constitui um recorte da amostra do estudo de doutoramento supracitado e é composta por pais que tenham perdido um filho, com idade superior a 18 anos. Para este estudo, não havia limite de tempo após a perda, ou seja, podiam participar pais que tivessem perdido o filho há anos, meses, etc., e não havia limite na idade do filho que faleceu (podia ter falecido enquanto criança, adulto, etc.). Foram excluídos pais que já fossem avós e pais solteiros.

### **Caracterização da amostra**

A amostra utilizada para este estudo é composta por 163 pais ( $n = 163$ ), 142 do sexo feminino (87.1%) e 21 do sexo masculino (12.9%), com idades compreendidas entre os 20 e os 72 anos ( $M = 39$ ;  $DP = 11.25$ ). A maioria dos participantes tem como habilitações literárias o secundário (35.6%) e a licenciatura (30%). Em termos de estado civil, 77.3% dos pais encontram-se casados e 11.7% estão em união de facto. Mais de metade da amostra encontra-se empregada (61.8%) e 90.8% vive em meio urbano. Quanto à caracterização da história médica e psicopatológica, 54.6% dos pais referem que têm ou já tiveram problemas psiquiátricos/psicológicos (cf. Anexo A, Outputs 1 e 2).

Quanto às características dos filhos falecidos, 95 eram do sexo masculino (58.3%) e 68 do sexo feminino (41.7%). Quanto à idade na altura da morte, em quase metade da amostra (48.5%), ocorreu uma morte perinatal. Relativamente à causa da morte, como expectável, 44.8% tiveram uma morte neonatal e 27.6% por doença. O tempo decorrido desde a perda mais frequente situou-se no intervalo dos sete meses a um ano (33.3%). A maioria das perdas foi inesperada (82.2%) e não violenta (82.2) (cf. Anexo A, Output 3).

### **Instrumentos**

Na presente investigação, foram usadas uma ficha de dados sociodemográficos e de antecedentes psicológicos dos pais e uma ficha de dados relativos ao filho e às circunstâncias relativas à morte. Para além destas fichas de dados, a bateria de avaliação incluiu a *Continuing Bonds Scale-16* (Field & Filanosky, 2010), cujos estudos se apresentam no âmbito desta dissertação; a *Prolonged Grief Disorder* (PG-13; Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski, 2007; versão portuguesa (VP): Delalibera, Coelho, & Barbosa, 2011); o índice de qualidade de vida *EUROHIS-QOL-8* (Power, 2003; VP: Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011); o *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1993; VP: Canavarro, 2007); o *Dual Coping Inventory* (DCI; Stroebe & Schut, 1999; Estudos psicométricos da versão portuguesa em curso) e o *Inventário de Coping Diádico*

(ICD; Bodenmann, 2008; VP: Vedes, Nussbeck, Bodenmann, Lind, & Ferreira, 2012). Em seguida, apresenta-se uma descrição abreviada dos instrumentos que compuseram a bateria de avaliação<sup>3</sup>.

### ***Ficha de dados sociodemográficos e antecedentes psicológicos dos pais***

A ficha de dados sociodemográficos pretende reunir informações sobre os pais, no sentido de conhecer as suas características, uma vez que estes dados podem ser relevantes para a compreensão e interpretação dos resultados da investigação. Desta forma, as questões permitiram recolher informações respeitante ao sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, religião e religiosidade, história médica e psicopatológica, acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, situação relacional e contexto familiar, história familiar e perceção de apoio social.

### ***Ficha de dados relativos ao filho e circunstâncias relativas à morte***

A ficha de dados relativos ao filho e das circunstâncias relativas à sua morte incluíam informações sobre o sexo, idade na altura da morte e tipo e circunstâncias da perda, como o local e a presença ou ausência dos pais nesse momento.

### ***Continuing Bonds Scale (CBS-16)***

Este instrumento, como já referido, representa e avalia a manutenção do vínculo ao falecido (Klass & Walter, 2011). Recentemente, Field e Filanosky (2010) realizaram uma análise fatorial que resultou numa versão de 16 itens organizados em duas subescalas – *Tipos Internalizados de Manutenção do Vínculo* e *Tipos Externalizados e Ilusórios de Manutenção do Vínculo*. A primeira subescala é constituída por dez itens que abordam a ligação permanente com o falecido, a qual envolve a presença do mesmo como um modelo e como uma base segura. A segunda subescala é constituída por seis itens, que se reportam a experiências ilusórias e alucinatórias, indicativas de perda não resolvida (Field

---

<sup>3</sup> As fichas de dados e os instrumentos utilizados na presente investigação não serão apresentados em anexo, uma vez que o estudo de doutoramento se encontra em curso. O estudo de doutoramento é também constituído pelos seguintes instrumentos, que não foram utilizados neste estudo: Escala Portuguesa de Resiliência – versão reduzida (Wagnild & Young, 1993; VP: Pinheiro & Matos, 2013); Adult Attachment Scale – Revised (Collins & Read, 1990; VP: Canavarro, 1997); Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático – Short form (Cann et al., 2010; VP: Lamela, Figueiredo, Bastos, & Martins, 2013); Impact of Event Scale-Revised (Weiss & Marmar, 1997; VP: Rocha et al., 2006); Dyadic Adjustment Scale-Revised (Busby, Christensen, Crane, & Larson, 1995); Personal Assessment of Intimacy in Relationships (Olson & Schaefer, 1981; VP: Moreira & Canavarro, 2008).

& Filanosky, 2010). Cada item é respondido numa escala de resposta de 4 pontos, variando de 0 a 3, em relação às experiências vividas no último mês. A consistência interna desta versão foi de .92 para os *Tipos Internalizados de Manutenção do Vínculo* e de .73 para os *Tipos Externalizados e Ilusórios de Manutenção do Vínculo*.<sup>4</sup>

### ***Prolonged Grief Disorder*** - Perturbação do Luto Complicado

O *Prolonged Grief Disorder* (PG-13) foi criado por Prigerson et al. (2007) e validado em Portugal por Delalibera et al. (2011), para diagnóstico de Luto Prolongado. O instrumento é composto por 13 itens descritivos de um conjunto de sintomas que devem persistir por um período mínimo de seis meses e que são necessariamente associados a um significativo distúrbio funcional. A primeira parte do questionário é constituída por dois itens que avaliam a frequência do sentimento de ansiedade de separação, cuja resposta é dada numa escala de resposta de cinco pontos, variando entre 1 (“Quase Nunca”) e 5 (“Várias vezes por dia”). O terceiro item refere-se à duração deste sintoma, sendo a resposta de tipo dicotómica: afirmativa, no caso de um período igual ou superior a seis meses; negativa, se a manifestação é inferior a seis meses. A segunda parte é composta por nove itens descritivos de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais, com respostas também numa escala de resposta de cinco pontos, variando entre 1 (“Não, de todo”) e 5 (“Extremamente”). A última questão está relacionada com a incapacidade funcional nas áreas social, ocupacional ou em outros domínios do funcionamento, e a modalidade de resposta é dicotómica (sim ou não).

Através de uma análise de componentes principais resultaram dois fatores – o primeiro relativo ao trauma inerente à experiência de luto e o segundo fator relativo à ansiedade de separação -, que explicam 58.43% da variância total. Verificou-se uma elevada consistência interna do PG-13, quer na consistência interna global – *alfa de Cronbach*, de .93, quer em cada uma das dimensões, *alpha* .91, no primeiro fator e .86 no segundo fator (Delalibera et al., 2011). Neste estudo, a consistência interna global apresentou o valor de .91, enquanto que a primeira dimensão apresentou o valor de .84 e a segunda dimensão o valor de .81 (cf. Anexo B).

---

<sup>4</sup> Os valores da consistência interna da *Continuing Bonds Scale-16* serão alvo de uma análise mais pormenorizada no âmbito do presente estudo.



### **EUROHIS-QOL-8**

O EUROHIS-QOL-8 é um instrumento composto por oito itens que permite uma avaliação breve e válida da qualidade de vida (Power, 2003; VP: Pereira et al., 2011), tendo sido desenvolvido a partir dos instrumentos genéricos WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref (Power, 2003). Cada um dos domínios da versão original – físico, psicológico, relações sociais e ambiente – encontra-se representado por dois itens. O resultado é um índice global, resultante do somatório dos oito itens, sendo que a um valor mais elevado corresponde uma melhor perceção de qualidade de vida. As escalas de resposta são de cinco pontos, variando entre “Muito má” e “Muito boa”, “Nada” e “Completamente” e “Muito insatisfeito(a)” e “Muito satisfeito(a)” (Pereira et al., 2011). Este instrumento revelou boas características psicométricas quer nos estudos originais (*alpha de Cronbach* entre .78 e .83; Power, 2003; Schmidt et al., 2006), quer na validação da versão em Português Europeu ( $\alpha = .83$ ; Pereira et al., 2011). No presente estudo, o valor do *alpha de Cronbach* foi de .86 (cf. Anexo C).

### **BSI – Brief Symptom Inventory - Inventário de Sintomas Psicopatológicos**

O *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1993; VP: Canavarro, 2007) é uma medida de auto relato composta por 53 itens, que avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia – somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo - e três Índices Globais: Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos, sendo que estes constituem avaliações sumárias de perturbação emocional. O indivíduo deve indicar o grau em que aquele problema esteve presente durante a última semana, através de uma escala de resposta em cinco pontos, variando entre 0 (“Nunca”) e 4 (“Muitas vezes”).

Os estudos psicométricos da versão portuguesa (Canavarro, 2007) revelaram uma boa consistência interna – *alfas de Cronbach* entre .71 (Psicoticismo) e .85 (Depressão). No presente estudo, foram usadas apenas duas dimensões – depressão e ansiedade, verificando-se o valor de .91 para as duas dimensões. A consistência interna do Índice Geral de Sintomas apresentou o valor de .94 (cf. Anexo D).

### **Dual Coping Inventory – Inventário de Processamento Dual de Coping**

O *Dual Coping Inventory* (Stroebe & Schut, 1999; Estudos psicométricos da versão portuguesa em curso) é uma medida, teoricamente baseada no Modelo de

Processamento Dual, composta por sete itens divididos em duas subescalas. A primeira, *Coping Orientado para a Perda* é constituída por três itens relativos às consequências da perda, enquanto a segunda, *Coping Orientado para a Restauração*, inclui quatro itens que incidem sobre uma orientação e adaptação construtiva para o futuro (Stroebe et al., 2006). As respostas a cada item são dadas numa escala de tipo Likert em cinco pontos, variando entre 1 (“Nada”) e 5 (“Muito”). O valor do alpha de Cronbach foi de .90 para a primeira subescala e de .79 para a segunda subescala, num estudo de Caserta e Lund (2007). No presente estudo, o valor de consistência interna para o *Coping Orientado para a Perda* foi de .78 e para o *Coping Orientado para a Restauração* foi de .91 (cf. Anexo E).

### ***Inventário de Coping Diádico***

O *Inventário de Coping Diádico* (Bodenmann, 2008; VP: Vedes et al., 2012) é um instrumento de autorrelato constituído por 37 itens. A validação portuguesa resultou, através de uma análise de componentes principais, nos domínios *Coping Diádico pelo Próprio* e *Coping Diádico pelo Parceiro*, sendo que se extraíram para cada um, três dimensões – *Comunicação do Stress*, *Coping Diádico Positivo* e *Coping Diádico Negativo* e, para o domínio do *Coping Diádico em Conjunto* apenas se extraiu uma dimensão. As respostas a cada item são dadas numa escala de resposta de cinco pontos, variando de “Muito raramente” a “Com muita frequência”. Esta versão apresenta um nível elevado de consistência interna, quer na escala total ( $\alpha = .92$  para as mulheres e .91 para os homens, quer para as dimensões (*alpha de Cronbach* entre .65 e .97). No presente estudo, a escala total apresentou o valor de .94, o *Coping Diádico pelo Próprio* o valor de .86, o *Coping Diádico pelo Parceiro* o valor de .85 e o *Coping Diádico em Conjunto* o valor de .95. Quanto às dimensões do domínio *Coping Diádico pelo Próprio*, obtiveram-se os valores de .87 para a *Comunicação do Stress*, .93 para o *Coping Diádico Positivo* e .70 para o *Coping Diádico Negativo*. Relativamente às dimensões do domínio *Coping Diádico pelo Parceiro*, os valores da consistência interna foram de .85, .94 e .79, respetivamente (cf. Anexo F).

### **Procedimentos de recolha de dados**

A recolha da amostra realizou-se via *online*, com a colaboração de associações específicas de luto e de paróquias e, no que diz respeito à recolha da amostra nos hospitais, do profissional de saúde mental que se encontrava a acompanhar a pessoa. Até ao

momento, colaboraram um total de 10 associações, 5 paróquias e 31 hospitais situados por todo o país.

A investigação seguiu todas as recomendações éticas subjacentes à realização de estudos com seres humanos, de acordo com as normas éticas e deontológicas, prescritas a nível nacional e internacional (e.g., Declaração de Helsínquia; Programa 7º Quadro da Comissão Europeia). Dada a natureza do estudo e da população sobre a qual incide, é importante o cuidado de assegurar a confidencialidade das respostas e a garantia de que todos os procedimentos decorram de forma não invasiva e não disruptiva.

A participação no estudo consistiu no preenchimento de um questionário, que poderia ser realizado *online* ou em versão papel. A todos os participantes, foi explicado o objetivo do estudo e solicitado o preenchimento da declaração de consentimento informado. Nesta, para além da explicação dos objetivos do estudo, constava a descrição das possíveis consequências advindas da participação na investigação (e.g., ativação emocional devido a ativação de memórias dolorosas), assim como do papel atribuído aos investigadores e participantes, salientando o carácter voluntário, a confidencialidade e anonimato das respostas aos questionários e o tratamento coletivo dos dados.

### **Procedimento de análise de dados**

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao *software Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS – versão 22.0 para Windows) e, para a Análise Fatorial Confirmatória, recorreu-se ao *software* IBM AMOS 18.

Numa primeira análise, procedeu-se à caracterização da amostra de acordo com os dados recolhidos pela ficha de dados sociodemográficos e antecedentes psicológicos dos pais e pela ficha de dados relativos ao filho e circunstâncias relativas à morte.

Relativamente ao objetivo da validação da versão portuguesa da *Continuing Bonds Scale-16*, a primeira etapa passou pela obtenção da autorização dos autores da versão original, Field e Filanosky para a utilização e tradução da escala para a população portuguesa. A escala foi traduzida independentemente por três pessoas, com formação em Psicologia. Em seguida, foi feita uma descrição das características gerais da escala. Na etapa posterior, foi realizado o estudo da validade de constructo através de uma Análise Fatorial Exploratória (AFE), pela Análise de Componentes Principais com rotação Varimax. Após esta análise, procedeu-se a uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), no sentido de confirmar a estrutura previamente definida. Por forma a avaliar a adequabilidade do modelo proposto, foram analisados os índices de ajustamento

seguintes: o  $\chi^2$ , o índice de ajustamento absoluto  $\chi^2/\text{g.l.}$ , o *Normed-Fit Index* (NFI), o *Incremental Fit Index* (IFI), o *Tucker Lewis Index* (TLI), o *Comparative Fit Index* (CFI), o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) e o *Akaike Information Criterion* (AIC).

Em seguida, procedeu-se à avaliação da validade convergente e discriminante da CBS-16. Para estas análises, recorreu-se à correlação de Pearson. A consistência interna da escala foi avaliada através do *alfa de Cronbach*.

Para cumprimento do segundo e terceiro objetivos, as variáveis em estudo foram primeiramente analisadas de forma descritiva. A normalidade das distribuições das variáveis foi analisada através do teste de Kolmogorov-Smirnov. De forma a estudar a associação entre as variáveis em estudo, nomeadamente a associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a adaptação individual (avaliada em termos de resposta de luto, qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica), foram realizadas correlações de Pearson.

### III. Resultados

Neste capítulo, são apresentados os resultados do presente estudo, de acordo com os objetivos propostos e as respetivas hipóteses de investigação.

#### Análise da estrutura fatorial e das características psicométricas da CBS-16

A primeira etapa deste objetivo passou pela tradução da escala para a população portuguesa. No Quadro 1, encontra-se a versão final dos itens da CBS-16.

Quadro 1. Versão original e traduzida da *Continuing Bonds Scale-16*

Itens
1. Pensei na influência positiva do(a) falecido(a) na pessoa que sou hoje [ <i>I thought about the positive influence of the deceased on who I am today</i> ]
2. Estive consciente de como tento viver a minha vida de modo que o(a) falecido(a) teria gostado que eu o vivesse [ <i>I was aware of how I try to live my life the way the deceased would have wanted me to live</i> ]
3. Pensei sobre o(a) falecido(a) como um modelo do que eu tento ser [ <i>I thought about the deceased as a role model who I try to be like</i> ]
4. Imaginei o(a) falecido(a) a guiar-me ou a observar-me como se estivesse presente de forma invisível [ <i>I imagined the deceased as guiding me or watching over me as if invisibly present</i> ]
5. Ao tomar decisões importantes, pensei sobre o que o(a) falecido(a) teria feito e usei isso para me ajudar a tomar a minha decisão [ <i>When making important decisions, I thought about what the deceased might have done and used this in helping me make my decision</i> ]
6. Estive consciente de tentar realizar os desejos do(a) falecido(a) [ <i>I was aware of attempting to carry out the deceased's wishes</i> ]
7. Senti o(a) falecido(a) como se continuasse a viver através do seu impacto em quem eu sou hoje [ <i>I experienced the deceased as continuing to live on through his or her impact on who I am today</i> ]
8. Pensei em como o(a) falecido(a) teria gostado de alguma coisa que eu vi ou fiz [ <i>I thought about how the deceased would have enjoyed something I saw or did</i> ]
9. Imaginei partilhar como(a) falecido(a) alguma coisa especial que aconteceu comigo [ <i>I imagined sharing with the deceased something special that happened to me</i> ]

10. Imaginei a voz do(a) falecido(a) encorajando-me a continuar [*I imagined the deceased's voice encouraging me to keep going*]
  11. Realmente ouvi a voz do(a) falecido(a) a falar comigo [*I actually heard the voice of the deceased speak to me*]
  12. Brevemente agi como se o(a) falecido(a) não estivesse morto – por exemplo, chamar em voz alta o nome dele(a) e preparar a mesa para ele(a) [*I briefly acted as though the deceased were not dead – such as calling out loud his or her name or preparing the table for two*]
  13. Ainda que só por um momento, confundi outras pessoas com o(a) falecido(a) [*Even if only momentarily, I have mistaken other people for the deceased*]
  14. Senti realmente o toque físico do(a) falecido(a) [*I actually felt the deceased's physical touch*]
  15. Imaginei que o(a) falecido(a) podia aparecer de repente, como se ainda estivesse vivo [*I imagined that the deceased might suddenly appear as though still alive*]
  16. Vi realmente o(a) falecido(a) diante de mim [*I actually saw the deceased stand before me*]
- 

### ***Características distribucionais dos itens***

Procedeu-se, numa segunda fase, à análise das características descritivas dos itens da escala. Verificou-se que a maioria dos itens apresentou uma média em torno do valor médio da escala de resposta (1.5). A maioria dos itens tendeu, no entanto, a aproximar-se mais do extremo inferior da escala (itens 3, 5, 6, 11-16), embora alguns itens se encontrem nos valores intermédios da escala (itens 1, 2, 4, 7-10). Assim, as opções situadas no extremo superior foram selecionadas com menor frequência (cf. Quadro 2). A maioria dos valores do desvio-padrão foi, à exceção dos itens 11, 13, 14 e 16, superior a 1. Os valores superiores a 1 são considerados desejáveis, uma vez que indicam que a maioria dos respondentes optou pelas alternativas de resposta intermédias da escala, selecionando com menor frequência as opções situadas nos extremos (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

Os valores de curtose variam bastante. Os itens 2, 4, 6, 7 e 10 incluem-se no intervalo desejável de -0.5 a 0.5, que aponta para uma distribuição normal das respostas (Maroco, 2010). Os itens 1, 8, 9 apresentam uma distribuição platocúrtica, enquanto os restantes itens apresentam uma distribuição leptocúrtica (Maroco, 2010) (cf. Quadro 2). Os valores de assimetria dos itens assumem, à exceção dos itens 11-14 e 16, um valor

negativo, que significa que a média dos itens tende a afastar-se do extremo máximo da escala, aproximando-se antes do seu valor mínimo (Maroco, 2010).

Face ao exposto, nenhum dos itens apresentou violação severa do pressuposto da normalidade, de acordo com o critério em que o coeficiente de assimetria é superior a três e o coeficiente de curtose é superior a dez, em valor absoluto (Maroco, 2010).

Quadro 2. Características distribucionais dos itens

Item	Média (Min-Max)	DP	Curtose	Assimetria
1.	2.06 (0-3)	1.19	-0.79	-1.02
2.	1.60 (0-3)	1.25	-0.18	-0.16
3.	1.10 (0-3)	1.35	0.57	-0.15
4.	1.74 (0-3)	1.35	-0.32	-0.17
5.	0.98 (0-3)	1.26	0.70	-0.13
6.	1.15 (0-3)	1.32	0.47	-0.16
7.	1.66 (0-3)	1.32	-0.23	-0.17
8.	2.06 (0-3)	1.20	-0.83	-0.96
9.	2.10 (0-3)	1.17	-0.88	-0.85
10.	1.36 (0-3)	1.39	0.17	-0.19
11.	0.50 (0-3)	0.99	1.79	1.6
12.	0.69 (0-3)	1.11	1.29	.04
13.	0.54 (0-3)	0.97	1.61	1.2
14.	0.47 (0-3)	0.95	1.89	2.13
15.	0.97 (0-3)	1.25	0.75	-0.12
16.	0.26 (0-3)	0.75	2.87	7.06

## Validade de constructo

### *Análise Fatorial Exploratória*

Em primeiro lugar, realizou-se uma Análise Fatorial Exploratória (AFE), com o objetivo de identificar a estrutura fatorial da escala e descrever e sintetizar os dados, agrupando os itens correlacionados entre si. Para a análise estatística, foram usados o índice Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett para a confirmação da fatoriabilidade da matriz de correlações. Os resultados obtidos no teste de esfericidade de Bartlett ( $p < .001$ ) e o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (.88, um valor superior a .70 é considerado de referência) permitiram afirmar que a correlação entre as 16 variáveis que compõem a escala, é significativa e adequada à realização de uma análise fatorial (Meyers, Gamst, & Guarino, 2006) (cf. Anexo G). Assim, foi realizada uma Análise de

Componentes Principais, tendo sido adotado o critério de *Kaiser* (seleção de todos os fatores que apresentassem valores próprios superiores a um) na decisão do número de fatores a extrair.

A solução obtida inicialmente sugeriu uma estrutura fatorial de três fatores que, no seu conjunto, explicavam 59.85% da variância (cf. Anexo H). No entanto, esses fatores revelaram-se de difícil interpretação, com um desses fatores a explicar menos de 7% da variância. Adicionalmente, a interpretação do *scree plot* sugeriu uma solução de dois fatores (cf. Anexo I). Na nova AFE, pedindo a extração de dois fatores (à semelhança da versão original de Field e Filanosky, 2010), a solução obtida explicou uma variância de 53.23%: o Fator 1, denominado de *Tipos Internalizados de Manutenção do Vínculo*, explicou 29.87% da variância e é constituído pelos itens 1 ao 10, e o Fator 2, designado de *Tipos Externalizados e Ilusórios de Manutenção do Vínculo*, explicou 23.36% da variância e é constituído pelos itens 11 a 16. (cf. Quadro 3).

Quadro 3. Resultados da Análise Fatorial Exploratória com Extração de Fatores pelo Método de Rotação Varimax com Normalização de Kaiser

Item	Factor 1	Factor 2
1	.72	-.15
2	.73	-.04
3	.68	.23
4	.65	.28
5	.72	.32
6	.62	.33
7	.67	.23
8	.75	.16
9	.61	.30
10	.55	.44
11	.31	.68
12	.14	.77
13	-.02	.67
14	.29	.69
15	.23	.73
16	.11	.70
Variância explicada (%)	29.87	23.36



### Análise Fatorial Confirmatória

Foi realizada uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) com o objetivo de testar a estrutura preconizada da versão de 16 itens da *Continuing Bonds Scale*. De forma a avaliar a adequabilidade do modelo aos dados da amostra, foi necessário ter em consideração diversos índices de ajustamento (Byrne, 2010), como o  $\chi^2$  (o nível de significação associado deverá ser  $> .05$ ), o índice de ajustamento absoluto  $\chi^2/g.l.$  (considerado bom se for  $< 2$  e aceitável se se situar entre 2 e 5, inclusive), o *Normed-Fit Index* (NFI), o *Incremental Fit Index* (IFI), o *Tucker Lewis Index* (TLI) e o *Comparative Fit Index* (CFI), sendo que se estes índices forem  $> .90$ , o modelo é considerado adequado e, se forem  $> .95$ , indicam um muito bom ajustamento. Outro índice importante é o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), que deverá ser  $< .10$  para o modelo ser considerado ajustado (Maroco, 2010). Foi também considerado o *Akaike Information Criterion* (AIC), sendo que este índice não apresenta valores de referência para classificar o ajustamento do modelo, embora seja considerado adequado na comparação de modelos. Importa referir que, neste índice, ao contrário dos supracitados, valores inferiores correspondem a um melhor modelo (Byrne, 2010).

Tendo estes índices como referência, constatou-se que o ajustamento do modelo inicial não era aceitável (CFI = .85). Assim, após análise dos índices de modificação, foi realizada uma segunda AFC, na qual foram acrescentadas covariâncias entre dois pares de erros, um em cada dimensão (itens 5 e 6 e itens 14 e 16) (cf. Anexo J). Ainda que os resultados obtidos na segunda AFC não tenham cumprido a totalidade das exigências anunciadas, é possível verificar que as alterações levaram a que os indicadores de ajustamento do modelo melhorassem face à estrutura anterior. O valor de AIC, inferior na segunda AFC, reforça esta conclusão. Pelo exposto, é possível concluir que o modelo confirma a estrutura original da escala e apresenta um ajustamento próximo do considerado adequado.

Quadro 4. Comparação dos índices de ajustamento dos modelos testados através de

#### AFC

Modelos	$\chi^2$	$\chi^2/g.l.$	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA	AIC
ACP	266.96***	2.59	.78	.85	.83	.85	.09	364.96
ACP modificado	207.02***	2.05	.83	.91	.89	.90	.08	309.02

\*\*\*  $p < .001$

**Validades de constructo, convergente e discriminante**

As correlações existentes entre o total da escala e os dois fatores revelaram-se estatisticamente significativas, o que suporta a conclusão de que os fatores avaliam o mesmo constructo (cf. Quadro 5).

Quadro 5. Validade de constructo

CBS		
CBS	Tipos internalizados	Tipos externalizados
Total	.95***	.72***
Tipos internalizados	-	.51***
Tipos externalizados		-

\*\*\*  $p < .001$

As validades convergente e discriminante da escala foram avaliadas recorrendo às análises de correlações de Pearson entre os fatores da CBS-16 e outras variáveis. O *Prolonged Grief Disorder* (PG-13), *Brief Symptom Inventory* (BSI) e *Dual Coping Inventory* (DCI) permitiram proceder ao estudo da validade convergente da escala. Segundo Almeida e Freire (2007), “o teste deve correlacionar significativamente com outras variáveis com as quais o constructo medido pelo teste deveria, de acordo com a teoria, encontrar-se relacionado” (pp. 200-201). As correlações entre a CBS-16 e estes instrumentos revelaram-se estatisticamente significativas e apresentaram uma associação fraca a moderada, mostrando que os constructos avaliados por estes instrumentos se encontram relacionados (cf. Quadro 6).

Quadro 6. Validade convergente da CBS-16

CBS	PG-13		BSI		CDI	
	Dimensão 1	Dimensão 2	Total PG-13	Ansiedade	Depressão	COP COR
Tipos internalizados	.34***	.39***	.37***	.28***	.35***	.39***
Tipos externalizados	.47***	.49***	.49***	.44***	.45***	.47***
Total	.43***	.48***	.46***	.38***	.43***	.47***

*Legenda:* Dimensão 1: relativa ao trauma inerente à experiência de luto; Dimensão 2: relativa à ansiedade de separação; COP: Coping Orientado para a Perda; COR: Coping Orientado para a Restauração

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Para o estudo da validade discriminante da CBS-16 foi utilizado o *Inventário de Coping Diádico*, no sentido em que “o teste não deve encontrar-se correlacionado com outras variáveis das quais o constructo deveria, em termos teóricos, diferir” (Almeida & Freire, 2007, p. 201). Apenas cinco associações se revelaram significativas, embora fracas, de acordo com o que é esperado de um instrumento que mede um constructo diferente (cf. Quadro 7).

Quadro 7. Validade discriminante da CBS-16

CBS	Inventário de Coping Diádico										
	PDCP	EFSDC	PFSD	DDCP	NDCP	PDCS	EFSDC	PFSDC	DDC	NDC	CDC
		P	CP				S	S	S	S	
Tipos internalizados	-.01	-.06	-.00	.07	.20**	-.05	-.07	-.03	-.03	.08	-.13
Tipos externalizados	-.13	-.15	-.14	-.05	.25**	-.15	-.14	-.14	-.13	.08	-.21**
Total	-.06	-.10	-.05	.03	.25**	-.10	-.10	-.08	-.08	.10	-.17*

*Legenda:* PDCP: Coping Diádico positivo pelo parceiro; EFSDCP: CD apoiante focado na emoção pelo parceiro; PFSDCP: CD apoiante focado no problema pelo parceiro; DDCP: CD delegado pelo parceiro; NDCP: CD negativo pelo parceiro; PDCS: CD positivo pelo próprio; EFSDCS: CD apoiante focado na emoção pelo próprio; PFSDCS: CD apoiante focado no problema pelo próprio; DDCS: CD delegado pelo próprio; NDCS: CD negativo pelo próprio; CDC: Coping Diádico em conjunto

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

### ***Fidelidade***

Para avaliar a fidelidade da CBS-16 foi analisada a consistência interna dos fatores e da escala total, através dos valores de *alfa de Cronbach*. Relativamente ao índice de consistência interna pode verificar-se que foi encontrado um bom nível de fidelidade para a escala total (*alfa de Cronbach* = .90).

Quanto às correlações item-total corrigidas verifica-se que se situam entre os valores de .33 e .71 (cf. Quadro 8), correspondendo a uma associação moderada a forte (Hill & Hill, 2005), que indica que os itens são capazes de, isoladamente, representar de forma adequada o constructo que a escala pretende medir e demonstrar, assim, a homogeneidade da escala (Streiner & Norman, 2008). Todos os valores do *alfa de Cronbach* excluindo cada item situam-se abaixo do valor de alfa para a escala total, pelo que contribuem para a consistência interna da escala (Hill & Hill, 2005).

Quadro 8. Correlação item-total e consistência interna dos itens

Item	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach excluindo o item
1	.42	.90
2	.49	.89
3	.61	.89
4	.62	.89
5	.71	.89
6	.63	.89
7	.62	.89
8	.64	.89
9	.61	.89
10	.64	.89
11	.59	.89
12	.51	.89
13	.33	.89
14	.57	.89
15	.55	.89
16	.44	.90

À semelhança da escala total, também os fatores apresentam níveis de fidelidade adequados (Hill & Hill, 2005), nomeadamente de .89 (Vínculos Internalizados) e .83 (Vínculos Externalizados) (cf. Quadro 10). Os valores do *alfa de Cronbach* dos fatores, excluindo cada item dos que os compõem, situaram-se também abaixo do valor do alfa para o respetivo fator, mostrando que contribuem para a consistência interna do fator (Hill & Hill, 2005) (cf. Quadro 9).

Quadro 9. Consistência interna dos itens dos fatores

Alfa de Cronbach excluindo o item	
Tipos internalizados	
1	.88
2	.88
3	.87
4	.88
5	.87
6	.87
7	.87
8	.87
9	.88
10	.88

Tipos externalizados	
11	.79
12	.79
13	.82
14	.80
15	.79
16	.81

### *Sensibilidade*

Para verificar os pressupostos de normalidade, foi analisada a distribuição da escala total e dos seus fatores.

Os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov revelaram que as características distribucionais do total da escala não violaram os pressupostos da normalidade ( $K-S = 0.70, p = .052$ ) (cf. Quadro 10). A análise dos valores de assimetria (0.37) e de curtose (-0.69) encontram-se dentro do intervalo  $\pm 1$  considerado como caracterizador de uma distribuição normal (Meyers et al., 2006).

Quanto às características distribucionais dos dois fatores da CBS-16, os valores de assimetria assumem valores positivos, o que significa que a média das respostas tende a aproximar-se do extremo inferior da escala (Maroco, 2010), à semelhança do que se verificou para a maioria dos itens. Os valores de curtose demonstraram uma distribuição leptocúrtica e platocúrtica (Maroco, 2010), mostrando que as respostas tenderam a não se organizar numa distribuição normal (cf. Quadro 10).

Quadro 10. Características distribucionais e consistência interna da escala

CBS	<i>M</i> (Min-Max)	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose	Kolmogorov-Smirnov	Alfa de Cronbach
Total	19.23 (0-48)	11.93	0.37	-0.69	.07	.99
Tipos internalizados	1.6 (0-3)	.90	0.01	-1.01	.07*	.89
Tipos externalizados	.57 (0-3)	.74	1.47	1.39	.23***	.83

\*  $p < .05$ ; \*\*\*  $p < .001$

## **Análise da associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a adaptação individual de pais em luto<sup>5</sup>**

### ***Análise da associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a resposta de luto***

O segundo objetivo do estudo consistia em estudar a associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a resposta de luto. Os resultados obtidos mostram que quer os tipos internalizados de manutenção do vínculo quer os externalizados e ilusórios se associaram positiva e significativamente à resposta de luto parental. As correlações obtidas foram todas moderadas, variando entre .34 e .49. Os resultados encontram-se no Quadro 11.

Quadro 11. Coeficientes de correlação entre os tipos de manutenção do vínculo e a resposta de luto

	Dimensão 1	Dimensão 2	Total PG-13
Tipos internalizados	.34***	.39***	.37***
Tipos externalizados	.47***	.49***	.49***
Total CBS	.43***	.48***	.46***

*Legenda:* Dimensão 1: relativa ao trauma inerente à experiência de luto; Dimensão 2: relativa à ansiedade de separação

\*\*\*  $p < .001$

### ***Análise da associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a qualidade de vida***

O terceiro objetivo do estudo era o de estudar a associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a perceção de qualidade de vida. Os resultados mostram que os tipos internalizados ( $r = -.19, p < .05$ ) e externalizados e ilusórios ( $r = -.30, p < .001$ ) se encontram negativamente associados à perceção de qualidade de vida. Os resultados encontram-se no Quadro 12.

<sup>5</sup> Para estudar a relação entre as diversas variáveis recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson e realizou-se o teste de significância associado a esse coeficiente, tendo-se sempre verificado previamente se as variáveis em análise se distribuíam normalmente (cf. Anexo K).

Quadro 12. Coeficientes de correlação entre os tipos de manutenção do vínculo e a percepção de qualidade de vida

	Total EUROHIS-QOL-8
Tipos internalizados	-.19*
Tipos externalizados	-.30***
Total CBS	-.26**

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

***Análise da associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a presença de sintomatologia psicopatológica***

O quarto objetivo do estudo consistia em avaliar a associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a presença de sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão). Os resultados mostram que os dois tipos de manutenção do vínculo se associam positiva e significativamente à sintomatologia ansiosa e depressiva. As correlações obtidas foram moderadas, variando entre .35 e .45, à exceção da correlação entre os tipos internalizados e a ansiedade que apresentou uma correlação fraca ( $r = .28$ ,  $p < .01$ ). Os resultados encontram-se no Quadro 13.

Quadro 13. Coeficientes de correlação entre os tipos de manutenção do vínculo e a sintomatologia psicopatológica

	Ansiedade	Depressão
Tipos internalizados	.28***	.35***
Tipos externalizados	.44***	.45***
Total CBS	.38***	.43***

\*\*\*  $p < .001$

***Análise da associação entre os tipos de manutenção do vínculo e as variáveis relativas à morte do filho***

O quinto objetivo do estudo consistia em estudar a associação entre os tipos de manutenção do vínculo e as variáveis relativas à morte do filho, nomeadamente a idade na altura da morte, as circunstâncias relativas à morte – morte esperada vs. inesperada; morte violenta vs. não violenta e o tempo decorrido desde a morte. Os resultados encontram-se descritos no Quadro 14.

Os resultados revelaram que os tipos internalizados de manutenção do vínculo ( $r = .17, p < .05$ ) e os externalizados e ilusórios ( $r = .30, p < .001$ ) se encontram positiva e fracamente associados à idade do filho na altura da morte. Quanto às circunstâncias relativas à morte, os resultados mostraram que os tipos internalizados de manutenção do vínculo ( $r = .17, p < .005$ ) se associaram positiva e fracamente à morte esperada/ inesperada, enquanto que os tipos externalizados e ilusórios de manutenção do vínculo não apresentaram uma associação significativa com esta variável. Os resultados obtidos mostraram também que os tipos externalizados e ilusórios de manutenção do vínculo ( $r = .30, p < .001$ ) se associaram positivamente à morte violenta/ não violenta, enquanto que os tipos internalizados de manutenção do vínculo não apresentaram uma associação significativa com esta variável. Relativamente ao tempo decorrido desde a morte do filho, verificou-se que a associação entre esta variável e os dois tipos de manutenção do vínculo não foi estatisticamente significativa.

Quadro 14. Coeficientes de correlação entre os tipos de manutenção do vínculo e variáveis relacionadas com a morte do filho

	Idade do filho	Morte esperada/ inesperada	Morte não violenta/ violenta	Tempo após a morte
Tipos internalizados	.17*	.17*	.14	.04
Tipos externalizados	.30***	.15	.30***	-.12
Total CBS	.24**	.18*	.22***	-.02

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$



#### IV. Discussão dos resultados

No presente capítulo, procura-se analisar os resultados obtidos, paralelamente à integração teórica dos mesmos.

##### **Estrutura fatorial e características psicométricas da CBS-16**

A literatura tem evidenciado que os tipos de manutenção do vínculo ao falecido influenciam o processo de luto e, conseqüentemente, a adaptação individual de pais que perderam um filho. Assim, torna-se essencial o desenvolvimento de instrumentos que possibilitem a avaliação da influência dos tipos de manutenção do vínculo na adaptação individual de pais em luto. A CBS-16, desenvolvida em 2010 por Field e Filanosky, é o instrumento citado na literatura que avalia especificamente a manutenção do vínculo e, por isso, um dos objetivos do presente estudo consistiu em validar a versão portuguesa desta escala. Globalmente, os resultados obtidos atestam-na como uma escala útil para avaliar a manutenção do vínculo e permitem a sua utilização ao nível da prática clínica e da investigação.

A análise da estrutura da CBS-16, utilizando simultaneamente uma Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória, permitiu confirmar que a estrutura fatorial da versão Portuguesa da escala é igual à da versão original (Field & Filanosky, 2010). O primeiro fator, designado *Tipos Internalizados de Manutenção do Vínculo*, é composto pelos dez primeiros itens, representando uma ligação psicológica permanente, e estando associado a uma melhor aceitação da perda (Field & Filanosky, 2010). O segundo fator, designado *Tipos Externalizados e Ilusórios de Manutenção do Vínculo*, engloba seis itens que se referem a uma proximidade física ilusória do falecido, estando associado à recusa em aceitar e integrar a realidade da perda (Field & Filanosky, 2010). À semelhança do observado em estudos conduzidos com amostras de outros países (Field et al., 2003; Field & Filanosky, 2010; Field & Friedrichs, 2004; Ho et al., 2013), os resultados da utilização da escala na nossa amostra foram indicadores de bons níveis de fidelidade ao nível da consistência interna da escala total. Também ao nível dos fatores, foram encontrados bons níveis de consistência interna, sendo que o fator *Tipos Externalizados e Ilusórios de Manutenção do Vínculo* revelou valores ligeiramente inferiores, comparativamente ao fator *Tipos Internalizados de Manutenção do Vínculo*, à semelhança do encontrado em outros estudos (Field & Filanoski, 2010; Ho et al., 2013). Em relação à validade convergente, a associação da manutenção do vínculo às dimensões de resposta de luto, sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão) e *coping* orientado para a perda

e para a restauração, foi estatisticamente significativa e na direção esperada. Regista-se uma associação muito fraca entre os tipos internalizados de manutenção do vínculo e o *Coping Orientado para a Restauração*. Os itens da escala respeitantes a esta dimensão são direcionados para uma orientação construtiva em relação ao futuro, pelo qual esta associação poderá ser justificada pela dificuldade dos pais em luto em aceitarem a perda do filho, sendo este resultado inconsistente com a literatura. Assim, à exceção da última associação referida, os resultados obtidos são congruentes com a literatura que aponta que os tipos de manutenção do vínculo tendem a associar-se à sintomatologia de luto prolongado e à presença de ansiedade e depressão (Field & Filanosky, 2010), bem como às estratégias de *coping* (Root & Exline, 2014). A manutenção do vínculo pode ser encarada como uma forma de *coping*, no sentido em que os pais em luto podem focar-se em eventos relacionados com a morte do filho e nas respostas comportamentais e emocionais (Boerner & Heckhausen, 2003; Jordan & Litz, 2014; Shah & Meeks, 2012), mas também podem focar-se nas consequências da perda (Stroebe et al., 2006), retomando mais facilmente à vida diária (Jordan, & Litz, 2014), em comparação com os pais que se centram no acontecimento da perda. Por fim, a escassez de associações com variáveis com as quais o conceito não deveria estar associado, concretamente o *coping* diádico, atestam a validade discriminante da CBS-16. Ainda assim, registaram-se associações dos dois tipos de manutenção do vínculo à dimensão *Coping Diádico Negativo pelo Parceiro* e dos tipos externalizados e ilusórios à dimensão *Coping Diádico em Conjunto*. No *Coping Diádico Negativo pelo Parceiro*, o parceiro tende a não assistir o outro, de forma a lidar de forma eficaz com a situação (Bodenmann, 2005). Como tal, existe uma menor satisfação conjugal (Bodenmann, 2005), que pode motivar o parceiro a manter a ligação ao filho, através de formas mais individuais, expressas por tipos externalizados, como ir à missa ou visitar a campa do filho falecido. Por outro lado, no *Coping Diádico em Conjunto*, os parceiros envolvem-se de forma complementar no processo de *coping*, pelo qual podem manter a ligação ao filho falecido, através de atividades conjuntas, expressas por tipos internalizados, como seja comunicarem sobre o filho ou comemorarem datas associadas ao filho (Gilbert, 1997).

De forma geral, e em síntese, é possível afirmar que os estudos psicométricos preliminares realizados para a *Continuing Bond Scale-16*, numa amostra da população portuguesa, evidenciaram boas qualidades psicométricas de fiabilidade e validade, o que viabiliza a utilização do instrumento, ao nível da prática clínica e da investigação. Desta forma, verifica-se que a primeira hipótese foi ao encontro do esperado.

### **Associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a resposta de luto**

Os resultados obtidos mostraram que os dois tipos de manutenção do vínculo apresentam uma associação direta, moderada e significativa à resposta de luto parental, embora os tipos externalizados e ilusórios apresentem valores ligeiramente superiores, o que é consistente com a segunda hipótese formulada. Estes resultados sugerem, assim, que os tipos de manutenção do vínculo estão associados à sintomatologia de luto prolongado. Os principais sintomas da Perturbação de Luto Prolongado (Prigerson et al., 2009) incluem pensamentos sobre o falecido, intensa angústia de separação, descrença prolongada, imagens intrusivas e recorrentes, sonhos (Prigerson et al., 1995), vazio e amargura (Horowitz & Siegel, 1997), que impedem o ajustamento face à perda (Attig, 2002, tal como citado por Riley, LaMontagne, Hepworth, Murphy, 2007). Uma possível razão da associação entre os tipos internalizados de manutenção do vínculo à sintomatologia de luto prolongado poderá ser a presença de uma ligação permanente com o filho falecido, o que dificulta o ajustamento face à perda (Field & Filanosky, 2010). O vínculo pais-filho é não só particularmente forte, como também é parte integrante da identidade de muitos pais e filhos (Malkinson & Bar-Tur, 2004). Segundo Woodgate (2006), os filhos podem ser encarados como uma extensão narcisista dos seus pais, pelo que a morte poderá significar uma perda de uma parte de si mesmos, fazendo com os pais em luto se tornem vulneráveis a uma série de dificuldades físicas, emocionais (Rubin & Malkinson, 2001, cit. por Keesee et al., 2008) e sociais (Rando, 1985). Outra possível justificação poderá ser o recurso a ruminações, com recorrentes pensamentos sobre o filho, associados a sentimentos de desespero e de culpa pela perda. Com efeito, há evidência de associações entre ruminações e o luto complicado (Boelen et al., 2006; Schwab, 2001).

Quanto aos tipos externalizados e ilusórios de manutenção do vínculo, uma vez que estão associados à recusa em aceitar a realidade da perda (Field, 2008), estes têm sido associados ao processo de luto não resolvido (Field, 2006b; Field & Filanosky, 2010; Field et al., 2005; Root & Exline, 2014) e, como tal, tendem a associar-se à presença de sintomatologia de luto prolongado. Sendo assim, os pais com sintomatologia de luto prolongado mantêm o vínculo ao filho falecido através de tipos internalizados e externalizados. Os resultados obtidos são consistentes com os de Ronen et al. (2009), em que os pais pertencentes ao grupo de luto complicado relatavam sintomas mais intrusivos e afirmavam centrar a sua atenção em crianças que lhes lembravam os filhos, experienciando assim ansiedade de separação. Assim, o presente resultado é consistente

com estudos anteriores, na medida em que a manutenção do vínculo pode apresentar um impacto negativo, expresso através de níveis mais elevados de sofrimento e manifestações de maior desespero (Field et al., 2003).

### **Associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a qualidade de vida**

Dada a escassez de literatura que relacione os tipos de manutenção do vínculo à qualidade de vida, não foi definida uma hipótese, sendo, assim, uma importante questão de investigação explorada no presente estudo. Os resultados mostraram que os dois tipos de manutenção do vínculo se encontram negativamente associados à perceção de qualidade de vida, embora os tipos externalizados e ilusórios apresentem valores ligeiramente superiores. Estes resultados vão ao encontro de um estudo de Field e Filanosky (2010), que analisou a associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a perceção de saúde física, tendo verificado que os tipos de vínculo externalizados e ilusórios se associaram negativamente à perceção de saúde física, enquanto os tipos internalizados não apresentaram uma associação significativa. Este estudo demonstrou que os pais em luto que usavam os tipos de vínculo externalizados percecionavam uma pobre saúde física. Os resultados obtidos no presente estudo sugerem que os pais percecionam uma menor qualidade de vida aquando do recurso aos dois tipos de manutenção do vínculo, sobretudo aos tipos externalizados e ilusórios. Uma possível explicação para estes dados poderá incidir sobre as ruminações, sofrimento, culpa, angústia e raiva associados tanto às formas internalizadas como externalizadas de manter o vínculo ao filho. Um estudo de Klass (1993), constatou que certos tipos de manutenção do vínculo estavam associados a sofrimento, como por exemplo, os pais em luto que sentiam a presença do filho falecido questionavam a sua sanidade mental.

Assim, o presente resultado vai ao encontro dos estudos que consideram que a manutenção do vínculo está associada a efeitos intrusivos e perturbadores e, consequentemente, a um pobre ajustamento face à perda (Boelen et al., 2006; Field & Friedrichs, 2004; Field et al., 2005; Foster et al., 2011; Gamino et al., 2000; Neimeyer et al., 2006; Ronen et al., 2009).

### **Associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a presença de sintomatologia psicopatológica**

Os resultados mostraram que os dois tipos de manutenção do vínculo apresentam uma relação direta, fraca e significativa à presença de ansiedade e depressão, embora os tipos externalizados e ilusórios apresentem valores ligeiramente superiores, o que é consistente com a terceira hipótese formulada. Ansiedade e depressão são vistas como respostas comuns à experiência traumática da perda de um filho (Murphy, 2014). Por exemplo, os pais em luto apresentam um risco aumentado de desenvolverem sintomatologia depressiva e ansiosa, quatro a seis anos após a perda de um filho com cancro, segundo um estudo de Kreicbergs et al. (2004). Quanto à associação dos tipos internalizados de manutenção do vínculo com ansiedade e depressão, um estudo de Field et al. (2003) revelou a presença de associações entre alguns tipos internalizados e sintomas depressivos em cônjuges em luto, o que é consistente com os resultados no presente estudo. Uma possível explicação para este resultado poderá ser a presença de ruminações. Os estudos sugerem que a sintomatologia depressiva pode ser alimentada e prolongada por ruminações, através de pensamentos e memórias negativas, que aumentam o humor deprimido (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995), devido às interpretações negativas e distorcidas dos acontecimentos (Carver, Blaney, & Scheier, 1979; Gibbons et al., 1985; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993; Pyszczynski, Hamilton, Herring, & Greenberg, 1989; Pyszczynski, Holt, & Greenberg, 1987, citados por Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994), no qual as cognições contribuem para a manutenção da depressão (Znojand & Keller, 2002). Esta associação poderá ser também explicada pela presença de sensibilidade interpessoal, um dos sintomas apresentados face a uma experiência traumática. Neste caso, de acordo com um estudo de Murphy et al. (2014), níveis mais elevados de sensibilidade interpessoal nos pais em luto tendiam a corresponder a maiores sentimentos de solidão e maior isolamento. Esta condição poderá não só contribuir para a manutenção do ciclo de sintomatologia psicopatológica, como também potenciar o recurso aos tipos de manutenção do vínculo, pela dificuldade que estes pais podem apresentar em assumir uma perspetiva construtivista para o futuro.

Quanto à associação dos tipos externalizados e ilusórios de manutenção do vínculo à ansiedade e à depressão, uma possível explicação poderá ser a presença de uma vinculação insegura anterior à perda (Meiji et al., 2008). Os pais com vinculação insegura desenvolvem uma relação dependente com o filho, caracterizada pela forte necessidade de proximidade e preocupação com o relacionamento (Mikulincer, Shaver, & Pereg

2003). Face à morte de um filho, este padrão de vinculação tende a exacerbar-se e estes pais apresentam maiores dificuldades na regulação emocional, recorrendo a estratégias de *coping* centradas na emoção (Mikulincer et al., 2003). Com efeito, a literatura indica que estas estratégias podem prejudicar o ajustamento face à perda, (Noelen-Hoeksema et al., 1994; Robinson & Marwit, 2006), uma vez que os pais se centram nas emoções negativas que acompanham o seu sofrimento. Consequentemente, experienciam a perda com níveis mais elevados de ansiedade, angústia e preocupação (Field & Sundin, 2001), através de tentativas de recuperar a presença física do filho falecido (Field et al., 2005).

### **Associação entre os tipos de manutenção do vínculo e as variáveis relativas à morte do filho**

Os resultados mostraram que os dois tipos de manutenção do vínculo se associaram positivamente à idade do filho na altura da morte, o que é consistente com a sexta hipótese formulada. Embora a perda de um filho seja considerada um evento traumático, independentemente da idade (Malkinson & Bar-Tur, 2004), existe alguma indicação, na literatura, de que a idade constitui um fator que influencia a adaptação dos pais em luto. Por exemplo, Rubin (1990, cit. Keesee et al., 2008) verificou que os pais que perderam filhos mais velhos apresentavam um ajustamento face à perda mais difícil. Na mesma linha, um estudo de Keesee et al. (2008), constatou que os pais que perderam filhos mais velhos apresentaram sintomatologia mais grave. Também Meiji et al. (2008) indicou que as idades mais tardias estavam associadas a maiores níveis de depressão. Desta forma, os resultados obtidos no presente estudo são consistentes com a literatura que aborda a temática da idade do filho, uma vez que se constatou que as idades mais tardias dos filhos na altura da morte estão associadas aos dois tipos de manutenção do vínculo. Assim, este resultado pode ser explicado pelo facto da adaptação face à perda ser mais difícil quando o filho morre em idades mais avançadas, uma vez que o vínculo vai sendo fortalecido, tal como as rotinas e a identidade dos pais, com a passagem dos anos, pelo que apresentam maior necessidade de recorrer aos tipos de manutenção do vínculo, de forma a manterem a ligação ao filho.

Relativamente à associação entre os tipos de manutenção do vínculo à variável morte esperada/inesperada, os resultados permitem concluir que os tipos internalizados de manutenção do vínculo se associaram positivamente à morte inesperada. Tal como já referido, a perda de um filho é um evento devastador em qualquer circunstância. Ainda assim, os pais que perdem um filho de forma inesperada enfrentam um conjunto único de

desafios potencialmente mais traumatizantes, comparativamente às circunstâncias de perda mais esperadas, compreensíveis ou aceitáveis (Murphy, Johnson, Lohan, & Tapper, 2002), pelo que a investigação tem defendido que a morte inesperada está associada a um processo de luto mais severo (Middleton, Raphael, Burnett, & Martinek, 1998). Na morte inesperada não existe tempo de preparação para o luto, o chamado “luto antecipatório” (Rando, 2000, tal como citado por Carr, 2010), contrariamente a uma morte esperada (Fulton & Fulton, 1971, tal como citado por Fast, 2003), na qual os pais têm oportunidade de se despedir do filho e de antecipar as consequências e mudanças que irão ocorrer, ao nível individual e familiar (Clements et al., 2003, tal como citado por Clements, DeRanieri, Vigil, & Benasutti, 2004). Em consequência, os pais que perdem os filhos por uma morte inesperada são mais propensos a experienciar níveis mais elevados de irrealidade, choque, descrença, negação, desamparo, culpa por não ter conseguido evitar a morte e necessidade de atribuir a culpa a terceiros (Rynearson, 1984, cit. por Fast, 2003). Um outro fator que pode explicar este resultado prende-se com o abismo entre as expectativas da sociedade acerca do luto parental e a realidade do mesmo, pelo que os pais podem sentir a necessidade de modular o seu sofrimento (Cluck & Cline, 1986). Os pais sentem uma pressão para silenciar a perda, a qual pode inibir a expressão do sofrimento (Cluck & Cline, 1986). Como resultado, estes pais podem sentir-se não apoiados e compreendidos e, consequentemente, isolados e alienados da família e da sociedade, especialmente se a perda é estigmatizada, como nos casos de suicídio ou morte perinatal (Cacciatore, Schnebly, & Froen, 2009; Cluck & Cline, 1986; Riches & Dawson, 1996), pelo que os pais em luto percecionam um reduzido apoio social (Shah & Meeks, 2012). Para além deste aspeto, tendem a focar-se em respostas emocionais de saudade, ruminação e solidão (Shah & Meeks, 2012). Assim, os pais em luto por uma morte inesperada apresentam como resposta emocional e comportamental a internalização dos seus estados emocionais e comportamentais e, consequentemente, recorrem aos tipos internalizados de manutenção do vínculo e não aos tipos externalizados e ilusórios.

Quanto à associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a variável morte violenta/ não violenta, os resultados permitem concluir que os tipos externalizados e ilusórios de manutenção do vínculo se associaram positivamente à morte violenta. As circunstâncias da morte de um filho afetam o processo de luto (Azaiza, Ron, Shoham, & Tinsky-Roimi, 2011) e, neste sentido, existem alguns stressores peculiares face aos tipos de morte violenta. O corpo pode ficar severamente mutilado ou desfigurado, o que pode dificultar a visualização do filho; a confirmação oficial da morte pode demorar, o que

gerará ansiedade; o corpo pode não ser recuperado, situação que está associada à depressão, somatização e conflitos relacionais (Boss, 2002), e os pais podem não ter possibilidade de realizarem uma cerimónia de enterro e de terem um local onde possam visitar o filho (Kristensen et al., 2012); pode haver contacto com o sistema judicial, que constituiu mais uma sobrecarga (Gintner, 2001, cit. Kristensen et al., 2012); e o enlutado pode experienciar rejeição, vergonha, estigma e culpa, particularmente em casos de suicídio (Sveen & Walby, 2008). Uma possível explicação para os resultados poderá dever-se ao facto dos pais em luto face a uma morte violenta, apresentarem respostas emocionais e comportamentais exteriorizadas, expressas por explosões, raiva, agressão (Murphy, 2014), fúria e ansiedade (Ronel & Lebel, 2006), entorpecimento, incerteza e frustração (Anderson, Marwit, Vandenberg, & Chibnall, 2005) e também pelo recurso a estratégias de *coping* focalizadas na emoção, incluindo ilusões, supressão e negação (Noelen-Hoekseman et al., 1994). Os pais para além de terem de lidar com a perda, têm de lidar com o choque e o horror do evento traumático, o que produz uma perceção de injustiça e de falta de sentido. Desta forma, as dificuldades em encontrar um significado para a perda são frequentemente associadas às mortes violentas (Currier et al., 2006; Hardison, Neimeyer, & Lichstein, 2005; Kaltman & Bonanno, 2003), sendo assim outra possível explicação para a associação encontrada. Os pais poderão ser mais propensos a experienciar memórias de forma espontânea, intrusiva e indesejada, da própria morte e do filho antes da morte, semelhante às memórias traumáticas vivenciadas na perturbação de *stress* pós-traumático, que se poderão exprimir através de tipos externalizados e ilusórios de manutenção do vínculo (Van Ameringen, Mancini, Patterson, & Boyle, 2008; Armour, 2006; Field & Filanosky, 2010). Por outro lado, os tipos internalizados de manutenção do vínculo poderão não estar associados à natureza de morte violenta pelo papel da responsabilidade pela morte. Num estudo de Sormanti e August (1997), constatou-se que a manutenção do vínculo estava associada a sentimentos de culpa. Assim, os pais poderão tender a evitar as memórias do filho pelo trauma, angústia e frustração associados à perda (Hibberd, 2010; Murphy et al., 2014; Riggs, Dancu, Gershuny, Greenberg, & Foa, 1992) e, deste modo, evitar os tipos mais internalizados de manutenção do vínculo.

Assim, a quarta hipótese foi parcialmente ao encontro do esperado, uma vez que a morte inesperada se associou aos tipos internalizados de manutenção do vínculo, mas não aos tipos externalizados e ilusórios, e a morte violenta associou-se aos tipos externalizados e ilusórios de manutenção do vínculo, mas não aos tipos internalizados.



Quanto ao tempo decorrido desde a morte verificou-se que a associação entre esta variável aos dois tipos de manutenção do vínculo não foi significativa, o que não foi de encontro esperado pela quinta hipótese. Uma possível explicação para este resultado poderá incidir sobre o facto de mais de metade da amostra de pais em luto (50.9%) ter perdido o filho num período igual ou inferior a um ano e, como tal, este intervalo não ser viável para analisar esta associação. Ainda assim, existem estudos que evidenciam os efeitos do tempo decorrido desde a perda. Por exemplo, um estudo de Hastings (2012) tinha como um dos objetivos analisar se o período de tempo desde a morte do filho constituía um fator de mudanças no processo de luto, ou seja, pretendia compreender se as mortes mais distantes estavam associadas a efeitos mais reduzidos no processo de luto e se as mortes mais recentes estavam associadas a maior motivação para manter o vínculo ao filho. Neste estudo, verificou-se que o período de tempo desde a morte do filho não se associou às mudanças ocorridas durante o processo de luto. Um estudo de Rogers et al. (2008) constatou que o luto parental pode estar associado a problemas persistentes, que podem durar várias décadas para os pais e, como tal, o sofrimento não diminui necessariamente com o tempo. Uma justificação possível poderá ser a dificuldade em construir um sentido/significado para a perda e para a reconstrução de objetivos de vida (Florian, 1989, cit. por Azaiza et al., 2011).

Assim, uma vez que o luto parental é um processo de longa duração (Azaiza et al., 2011; Malkinson & Bar-Tur, 2004-2005; Rogers et al., 2008; Sanders, 1980, cit. por Arnold & Gemma, 2008), complexo e extremamente variável, a passagem do tempo não implica que os pais em luto recorram com maior ou menor frequência aos tipos de manutenção do vínculo, uma vez que o tempo poderá desempenhar um papel na cicatrização do sofrimento dos pais, mas não nas memórias do filho falecido (Arnold & Gemma, 2008) e, como tal, o tempo pode não influenciar as mudanças ocorridas durante o processo de luto (Hastings, 2012).

## Conclusão

A presente investigação tinha como objetivo contribuir para a validação da versão Portuguesa da *Continuing Bonds Scale-16* (CBS-16), bem como analisar a associação entre a manutenção do vínculo e a adaptação individual (avaliada em termos da resposta de luto, qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica) em pais que perderam um filho. Deste modo, este estudo pretendia clarificar a função dos tipos de manutenção do vínculo, de forma a facilitar a compreensão do seu papel na adaptação face à perda de um filho.

A análise dos resultados permitiu concluir que a CBS-16 revelou bons índices de consistência interna, sendo considerada uma escala útil na avaliação da manutenção do vínculo. Quanto às associações em estudo, verificou-se a existência de uma associação significativa entre os tipos de manutenção do vínculo e os indicadores de adaptação individual de pais em luto. Concretamente, verificou-se que os tipos de manutenção do vínculo se associaram positivamente à resposta de luto parental e à presença de sintomatologia psicopatológica. Por outro lado, os tipos de manutenção do vínculo associaram-se negativamente à perceção de qualidade de vida. Por fim, quanto à análise das variáveis relativas à morte do filho, foi possível constatar que a idade do filho na altura da morte se associou positivamente aos tipos de manutenção do vínculo, enquanto o tempo decorrido desde a perda não apresentou uma associação significativa. Quanto às circunstâncias da perda, verificou-se que os tipos internalizados se associaram à morte inesperada e os tipos externalizados e ilusórios se associaram à morte violenta.

### *Principais limitações*

Consideramos fundamental analisar algumas limitações do presente estudo, que constituem um alerta para a necessidade de uma leitura e interpretação relativa dos resultados. Quanto à contribuição para a validação da versão Portuguesa da CBS-16, em primeiro lugar, os dados foram recolhidos através do método de amostragem por conveniência (Hill & Hill, 2005). Em segundo lugar, a amostra recolhida, para além de ser de reduzida dimensão (por exemplo que permita a realização de uma AFC com maior confiança), é constituída essencialmente por participantes do sexo feminino, casados e que vivem em meio urbano, o que não permite obter um nível de representatividade que possibilite a extrapolação das conclusões para a população. Para além disso, o estudo *online* contou com a participação de cinco pais em luto de nacionalidade brasileira, pelo qual a amostra não é somente portuguesa. Uma outra limitação refere-se ao facto de não

ter sido administrada uma segunda aplicação do instrumento, de modo a avaliar a estabilidade temporal do mesmo. Algumas destas influências, e também o provável fator de desiderabilidade social, poderão ter contribuído para o enviesamento de algumas respostas para o extremo inferior da escala.

Quanto à análise das associações entre os tipos de manutenção do vínculo e os indicadores de adaptação individual, refere-se como limitação a discrepância entre o sexo dos pais, uma vez que a amostra do presente estudo é maioritariamente feminina. A investigação tem indicado que o sexo dos pais é um dos fatores chave no ajustamento dos pais em luto, sendo que as mães revelam níveis mais elevados de sofrimento e de sintomatologia psicopatológica (Lee, Weinstein, & Goldman, 2014), comparativamente aos pais que sentem a obrigação de permanecerem fortes e de apoiarem a companhia face à perda, sendo que protegem a sua vulnerabilidade através da recusa em falar sobre a perda e da internalização da dor (Dyregrov & Matthiesen, 1987, tal como citado por Hansdley, 2001). Face ao referido na literatura, seria interessante estudar a associação do sexo dos pais em luto aos tipos de manutenção do vínculo.

Por fim, existem formas de manutenção do vínculo, tanto internalizadas como externalizadas, que não estão contempladas na CBS-16 e que têm sido associadas a um melhor ajustamento face à perda. Por exemplo, a literatura identifica que partilhar memórias e histórias sobre o filho, permite aos pais incorporar a sua morte e trabalhar a mudança de identidade, o que contribuiu para a reconstrução de um sentido/significado (Hastings, Metts, & Cupach, 2000; Sedney, Baker, & Gross, 1994). Da mesma forma, aponta-se que as visitas à campa do filho permitem reafirmar a proximidade psicológica (Cacciatore & Flint, 2012). Por outro lado, os tipos externalizados avaliados pela CBS-16, reportam-se a experiências ilusórias e alucinatórias, o que pode ser considerado redutor e negativizado, face à diversidade de formas externalizadas de manter o vínculo ao filho falecido, e que podem não estar necessariamente associadas à recusa em aceitar a realidade da perda (Field, 2008), como a visualização e construção de um álbum de fotografias (Boerner & Heckhausen, 2003; Jordan & Litz, 2014).

### *Principais contributos*

Um dos principais contributos do presente estudo pretende-se com o aumento do conhecimento sobre a temática do luto parental, de forma a contribuir para a normalização do processo, nomeadamente para que o sofrimento e a tristeza dos pais sejam compreendidos como elementos integrantes e adaptativos do processo de luto. A

sociedade ocidental aceita as manifestações do período de luto inicial, no qual se inserem a cerimónia do funeral ou a construção de um memorial para homenagear o filho falecido, mas para além destes reconhecimentos iniciais, o luto é menos expresso e aceite publicamente (Gudmundsdottir & Chelsea, 2006). Na literatura da área do luto, a temática da manutenção do vínculo é uma área de estudo relativamente recente, que tem apresentado resultados contraditórios (Root & Exline, 2014) e incidido principalmente sobre adultos em luto pela morte do cônjuge (Field et al., 1999; Field et al., 2003; Ho et al., 2013). Neste sentido, o presente estudo permite colmatar a lacuna de estudos sobre a manutenção do vínculo por pais, ao analisar a associação entre os tipos de manutenção do vínculo e a adaptação individual de pais em luto. Inclusivamente, acrescenta novos dados, obtidos pela exploração de uma questão de investigação e pelas hipóteses não verificadas, para além de ter permitido concluir que a CBS-16 é uma escala útil, que pode ser utilizada como um importante auxiliar da prática clínica. Este estudo pretende também alertar para a importância da diferenciação entre os diversos tipos de manutenção do vínculo, nomeadamente para a distinção entre tipos externalizados e formas ilusórias e alucinatórias de manter o vínculo. Por fim, o presente estudo vem reforçar a ideia de que a investigação nesta área é necessária, de forma a aumentar a compreensão da traumática e complexa experiência da perda de um filho.

#### *Implicações dos resultados para a prática clínica*

Embora se saiba que os tipos de manutenção do vínculo influenciam a adaptação parental (Field & Filanosky, 2010), a literatura evidencia uma falta de consenso quanto ao seu papel no processo de luto. Assim, em contexto clínico, perante esta realidade, torna-se pertinente a utilização de instrumentos de avaliação da manutenção do vínculo, de forma a compreender o papel dos tipos de vínculo na adaptação ao luto parental. Neste sentido, a CBS-16 assume-se como uma medida adequada de auxílio na avaliação dos pais, contribuindo para a orientação do planeamento e intervenção. Embora os resultados do presente estudo tenham apontado para uma associação positiva dos tipos de manutenção do vínculo à sintomatologia de luto prolongado e à sintomatologia psicopatológica, os profissionais de saúde devem avaliar as perceções e interpretações dos pais em luto atribuídas a cada tipo de manutenção do vínculo, tendo presente a noção de consciência da realidade da perda associada. Nesta linha, a intervenção terapêutica deverá ter como objetivos a descoberta e o cultivo de tipos de manutenção do vínculo, como elementos potenciadores da compreensão e aceitação da realidade da morte, de

modo a facilitarem a adaptação face à perda do filho. Seria pertinente que a CBS-16 pudesse ser utilizada como medida preventiva, ou seja, como potencial identificadora de indivíduos em luto em risco de desenvolverem determinados comportamentos patológicos e, assim, constituir-se como um ponto de partida para o planeamento e implementação de intervenções dirigidas às necessidades dos indivíduos em luto.

#### *Futuras linhas de investigação*

Quanto à contribuição para a validação da versão Portuguesa da CBS-16, tendo em consideração que a validação de um instrumento pretende determinar, de forma o mais completa e clara possível, aquilo que a escala pretende medir, considera-se que os resultados apresentados apresentam um cariz exploratório e, como tal, será pertinente a realização de estudos adicionais com a CBS-16, em amostras de maior dimensão e com diferentes medidas (por exemplo, com questionários que avaliem constructos como a religiosidade) e em diferentes grupos (por exemplo, com uma população clínica).

Seria relevante conduzir outros estudos que contribuíssem para a superação ou atenuação das limitações supracitadas, nomeadamente, estudos com metodologias mistas, transversais e, sobretudo, longitudinais, com pais em luto. Sugere-se que tais estudos contemplassem amostras mais abrangentes e diversificadas, para que se possa identificar com maior precisão, profundidade e pormenor de que forma os tipos de manutenção do vínculo estão associados à adaptação individual de pais em luto. No mesmo sentido, uma vez que os estudos qualitativos apontam para efeitos positivos da manutenção do vínculo (Normand, Nickman, & Silverman, 1996; Nowatzi & Kalischuck, 2009), contrariamente às conclusões extraídas nos estudos quantitativos (Field & Friedrichs, 2004; Field et al., 2003), o presente estudo poderia ser expandido num desenho misto e longitudinal<sup>6</sup>, ou seja, acrescentar aos instrumentos utilizados, uma entrevista semiestruturada. Esta metodologia permitiria analisar as experiências, atribuições e significações associadas aos tipos de manutenção do vínculo, em termos de expressão, efeitos e intensidade ao longo do tempo, no âmbito de clarificar as funções atribuídas. Esta proposta enquadra-se no âmbito da necessidade de mais investigação sobre a natureza contextual da manutenção do vínculo, de forma a perceber o seu impacto na adaptação de pais em luto.

#### **Referências bibliográficas**

---

<sup>6</sup> O que, aliás, está presentemente a ser desenvolvido no âmbito da investigação de doutoramento em que o presente estudo se enquadra.

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Anderson, M. J., Marwit, S. J., Vandenberg, B., & Chibnall, J. T. (2005). Psychological and religious coping strategies of mothers bereaved by the sudden death of a child. *Death Studies*, 29(9), 811-826. doi:10.1080/07481180500236602
- Armour, M. (2006). Violent death: Understanding the context of traumatic and stigmatized grief. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 14(4), 53-90. doi:10.1300/J137v14n0404
- Arnold, J., & Gemma, P. (2008). The continuing process of parental grief. *Death Studies*, 32(7), 658-673. doi:10.1080/07481180802215718
- Ausubel, D. (1968). *Educational psychology: A cognitive view*. New York: Holt Rinehart & Winston.
- Azaiza, F., Ron, P., Shoham, M., & Tinsky-Roimi, T. (2011). Death and dying anxiety among bereaved and nonbereaved elderly parents. *Death Studies*, 35(7), 610-624. doi:10.1080/07481187.2011.553325
- Balk, D. E. (1999). Bereavement and spiritual change. *Death Studies*, 23(6), 485-493. doi:10.1080/0748118992008449
- Barrera, M., O'Connor, K., D'Agostino, N., Spencer, L., Nicholas, D., Jovcevska, V., & ...Schneiderman, G. (2009). Early parental adjustment and bereavement after childhood cancer death. *Death Studies*, 33(6), 497-520. doi:10.1080/07481180902961153
- Bennett, G., & Bennett, K. (2000). The presence of the dead: An empirical study. *Mortality*, 5(2), 139-157. doi: 10.1080/13576270050076795
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. A. Reverson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33-50). Washington DC: American Psychological Association.
- Bodenmann, G. (2008). *Dyadic Coping Inventory: Manual*. Bern, Switzerland: Huber.
- Boelen, P. A. (2011). Personal goals and prolonged grief disorder symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(6), 439-444. doi:10.1002/cpp.731
- Boelen, P. A., Stroebe, M. S., Schut, H. W., & Zijerveld, A. M. (2006). Continuing bonds and grief: A prospective analysis. *Death Studies*, 30(8), 767-776. doi:10.1080/07481180600852936

- Boerner, K., & Heckhausen, J. (2003). To have and have not: Adaptive bereavement by transforming mental ties to the deceased. *Death Studies*, 27(3), 199.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, 125(6), 760.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734.
- Bonanno, G. A., Papa, A., & O'Neill, K. (2002). Loss and human resilience. *Applied & Preventive Psychology*, 10(3), 193-206. doi:10.1016/S0962-1849(01)80014-7
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., & Nesse, R. M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology & Aging*, 19(2), 260-270. doi: 10. 1037/0882-7974.19.2.260
- Boss, P. (2002). Ambiguous loss in families of the missing. *Lancet*, 360(9350), s39.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. Vol. 3. Sadness and depression. New York: Basic Books.
- Brennan, J. (2011). Adjustment to cancer – coping or personal transition?. *Psycho-Oncology*, 10(1), 1-18.
- Byrne, B. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Cacciatore, J., & Flint, M. (2012). Attend: Toward a mindfulness-based bereavement care model. *Death Studies*, 36(1), 61-82. doi:10.1080/07481187.2011.591275
- Cacciatore, J., Schnebly, S., & Froen, J. (2009). The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. *Health & Social Care in the Community*, 17(2), 167-176. doi:10.1111/j.1365-2524.2008.00814.x
- Callister, L. C. (2006). Perinatal loss: A family perspective. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(3), 227-234.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, vol. III (pp. 305-330). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carr, D. (2010). New perspectives on the dual process model (DPM): What have we learned? What questions remain?. *Omega: Journal of Death & Dying*, 61(4), 371-380. doi:10.2190/OM.61.4.g

- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Caserta, M. S., & Lund, D. A. (2007). Toward the development of an Inventory of Daily Widowed life (IDWL): Guided by the dual process model of coping with bereavement. *Death Studies*, 31(6), 505-535. doi:10.1080/07481180701356761
- Christensen, L. B., Johnson, R. B., & Turner, L. A. (2011). *Research methods, design, and analysis* (11<sup>a</sup> ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Clarke, S., Davies, H., Jenney, M., Glaser, A., & Eiser, C. (2005). Parental communication and children's behavior following diagnosis of childhood leukaemia. *Psycho-Oncology*, 14(4), 274-281.
- Clements, P. T., DeRanieri, J. T., Vigil, G. J., & Nenasutti, K. M. (2004). Life after death: Grief therapy after the sudden traumatic death of a family member. *Perspectives in Psychiatric Care*, 40(4), 149-154.
- Cluck, G. G., & Cline, R. J. (1986). The circle of others: Self-help groups for the bereaved. *Communication Quarterly*, 34(3), 306-325.
- Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *J Clin Psychiatric*, 67(2), 46-49.
- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death Studies*, 30(5), 403-428. doi:10.1080/07481180600614351
- Davies, R. (2004). New understandings of parental grief: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), 506-513. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03024.x
- Davies, R. (2005). Mothers' stories of loss: Their need to be with their dying child and their child's body after death. *Journal of Child Health Care*, 9(4), 288-300.
- Delalibera, M., Coelho, A. E Barbosa, A. (2011). Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 24(6), 935-942.
- Derogatis, L.R. (1993). *Brief Symptoms Inventory (BSI): Administration, scoring and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Dokken, D. (2013). Making meaning after the death of a child: Bereaved parents share their experiences. *Pediatric Nursing*, 39(3), 147-150.
- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (1999). Long-term impact of sudden infant death: A 12- to 15-year follow-up. *Death Studies*, 23(7), 635-661. doi:10.1080/074811899200812



- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2008). *Effective grief and bereavement support*. Jessica Kingsley Publishers.
- Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, sids and accidents. *Death Studies*, 27(2), 143.
- Epstein, R., Kalus, C., & Berger, M. (2006). The continuing bond of the bereaved towards the deceased and adjustment to loss. *Mortality*, 11(3), 253-269. doi:10.1080/13576270600774935
- Fast, J. D. (2003). After Columbine: How people mourn sudden death. *Social Work*, 48(4), 484-491.
- Field, N. (2008). Whether to relinquish or maintain a bond with the deceased. In M.H. Stroebe, R.O., Schut, H. & Stroebe, W, *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention* (pp. 113-132). Washington, American Psychological Association Press.
- Field, N. P. & Sundin, E. (2001). The role of adult attachment in adjustment to conjugal bereavement. *Journal of Social and Personal Relationships*, 18, 347-361.
- Field, N. P. (2006a). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Introduction. *Death Studies*, 30(8), 709-714. doi:10.1080/07481180600848090
- Field, N. P. (2006b). Unresolved grief and continuing bonds: An attachment perspective. *Death Studies*, 30(8), 739-756. doi:10.1080/07481180600850518
- Field, N. P., & Filanosky, C. (2010). Continuing bonds, risk factors for complicated grief, and adjustment to bereavement. *Death Studies*, 34(1), 1-29. doi:10.1080/07481180903372269
- Field, N. P., & Friedrichs, M. (2004). Continuing bonds in coping with the death of a husband. *Death Studies*, 28(7), 597-620. doi:10.1080/07481180490476425
- Field, N. P., Gao, B., & Paderna, L. (2005). Continuing bonds in bereavement: An attachment theory based perspective. *Death Studies*, 29(4), 277-299. doi:10.1080/07481180590923689
- Field, N. P., Nichols, C., Holen, A., & Horowitz, M. J. (1999). The relation of continuing attachment to adjustment in conjugal bereavement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 212-218.
- Field, N. P., Oz-Gal, E., & Bonanno, G. A. (2003). Continuing bonds and adjustment at 5 years after the death of a spouse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 110-117.

- Field, N. P., Packman, W., Ronen, R., Pries, A., Davies, B., & Kramer, R. (2013). Type of continuing bonds expression and its comforting versus distressing nature: Implications for adjustment among bereaved mothers. *Death Studies*, 37(10), 889-912. doi:10.1080/07481187.2012.692458
- Floyd, F. J., Mailick Seltzer, M., Greenberg, J. S., & Jieun, S. (2013). Parental bereavement during mid-to-later life: Pre- to postbereavement functioning and intrapersonal resources for coping. *Psychology & Aging*, 28(2), 402-413. doi:10.1037/a0029986
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9(1), 11-19.
- Foster, T. L. (2008). *A mixed method study of continuing bonds: maintaining connections after the death of a child* (Unpublished Doctoral Dissertation). University of Vanderbilt, Tennessee.
- Foster, T. L., Gilmer, M., Davies, B., Dietrich, M. S., Barrera, M., Fairclough, D. L., & ... Gerhardt, C. A. (2011). Comparison of continuing bonds reported by parents and siblings after a child's death from cancer. *Death Studies*, 35(5), 420-440. doi: 10.1080/07481187.2011.553308
- Gamino, L. A., Sewell, K. W., & Easterling, L. W. (2000). Scott and white study-phase 2: Toward and adaptive model of grief. *Death Studies*, 24(7), 633.
- Gilbert, K. R. (1997). Couple coping with the death of a child. In C. R. Figley (Ed.), *Death and trauma: The traumatology of grieving* (pp. 101-121). New York: Routledge.
- Gillies, J., & Neimeyer, R. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(1), 31-65. doi:10.1080/ 10720530500311182
- Goodenough, B., Drew, D., Higgins, S., & Trethewie, S. (2004). Bereavement outcomes for parents who lose a child to cancer: Are place of death and sex of parent associated with differences in psychological functioning?. *Psycho-Oncology*, 13(11), 779-791. doi:10.1002/pon.795
- Greeff, A. P., Vansteenwegen, A., & Herbiest, T. (2011). Indicators of family resilience after the death of a child. *Omega: Journal of Death & Dying*, 63(4), 343-358. doi:10.2190/OM.63.4.c

- Guba, E. (1990). The alternative paradigm dialog. In E.G. Guba (Ed.). *The Paradigm Dialog*. New-bury: CA: Sage.
- Gudmundsdottir, M., & Chesla, C. A. (2006). Building a new world: Habits and practices of healing following the death of a child. *Journal of Family Nursing*, 12(2), 143-164.
- Hamama-Raz, Y., Rosenfeld, S., & Buchbinder, E. (2010). Giving birth to life – Again!: bereaved parents’ experiences with children born following the death of an adult son. *Death Studies*, 34(5), 381-403.
- Hansdley, S. (2001). “But what about us?” The residual effects of sudden death on self-identity and family relationships. *Mortality*, 6(1), 9-26. doi:10.1080/13576270020028610
- Haraldsson, E. (1988). Survey of claimed encounters with the dead. *Omega*, 19(2), 103-113.
- Hardison, H., Neimeyer, R. A., & Lichstein, K. L. (2005). Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behavioral Sleep Medicine*, 3(2), 99-111. doi:10.1207/s15402010bsm0302\_4
- Harper, M., O’Connor, R., Dickson, A., & O’Carroll, R. (2011). Mothers continuing bonds and ambivalence to personal mortality after the death of their child – An interpretative phenomenological analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 16(2), 203-214. doi:10.1080/13548506.2010.532558
- Hastings, A. (2012). Effects on bereavement using a restricted sensory environment (psychomanteum). *Journal of Transpersonal Psychology*, 44(1), 1-25.
- Hastings, S. O., Metts, S., & Cupach, W. R. (2000). Self-disclosure and identity management by bereaved parents. *Communication Studies*, 51(4), 352.
- Hibberd, R., Elwood, L. S., & Galovski, T. E. (2010). Risk and protective factors for posttraumatic stress disorder, prolonged grief, and depression in survivors of the violent death of a loved one. *Journal of Loss & Trauma*, 15(5), 426-447. doi:10.1080/15325024.2010.507660
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ho, S. Y., Chan, I. F., Ma, E. W., & Field, N. P. (2013). Continuing bonds, attachment style, and adjustment in the conjugal bereavement among Hong Kong Chinese. *Death Studies*, 37(3), 248-268. doi:10.1080/07481187.2011.634086

- Horowitz, M. J., & Siegel, B. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904.
- Howarth, R. A. (2011). Concepts and controversies in grief and loss. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(1), 4-10.
- Hunt, S., & Greeff, A. P. (2011). Parental Bereavement: A panoramic view. *Journal of Death & Dying*, 64(1), 41-63.
- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research & Practice*, 45(3), 180-187. doi:10.1037/a0036836
- Kállay, E. (2007). Posttraumatic growth: A brief review. *Series Humanistica*, V, 55-85.
- Kaltman, S., & Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 131. doi:10.1016/S0887-6185(02)00184-6
- Keesee, N. J., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1145-1163. doi:10.1002/jclp.20502
- Khosravan, S., Salehi, S., Ahmadi, F., Sharif, F., & Zamani, A. (2010). Experiences of widows with children: A qualitative study about spousal death in Iran. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 205-211. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00522.x
- Klass, D. (1993). Solace and immortality: Bereaved parents' continuing bond with their children. *Death Studies*, 17(4), 343.
- Klass, D., & Walter, T. (2001). Processes of grieving: How bonds are continued. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 431-448). Washington, DC: American Psychological Association.
- Klugman, C. M. (2006). Dead men talking: Evidence of post death contact and continuing bonds. *Omega: Journal of Death & Dying*, 53(3), 249-262.
- Kreicbergs, U., Valdimarsdottir, U., Onelov, E., Henter, J., & Steineck, G. (2004). Talking about death with children who have severe malignant disease. *New England Journal of Medicine*, 351, 1175-1186.
- Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 75(1), 76-97. doi:10.1521/psyc.2012.75.1.76

- Laakso, H., & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Mothers' experience of social support following the death of a child. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 176-185. doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00611.x
- Lalande, K. M., & Bonanno, G. A. (2006). Culture and continuing bonds: A prospective comparison of bereavement in the United States and the people's Republic of China. *Death Studies*, 30(4), 303-324. doi:10.1080/07481180500544708
- Lee, C., Gleib, D. A., Weinstein, M., & Goldman, N. (2014). Death of a child and parental wellbeing in old age: Evidence from Taiwan. *Social Science & Medicine*, 101166-173. doi:10.1016/j.socscimed.2013.08.007
- Lichtenthal, W. G., Neimeyer, R. A., Currier, J. M., Roberts, K., & Jordan, N. (2013). Cause of death and the quest for meaning after the loss of a child. *Death Studies*, 37(4), 311-342. doi:10.1080/07481187.2012.673533
- Littlewood, J. L., & Cramer, D. (1991). Gender differences in parental coping following their child's death. *British Journal of Guidance & Counselling*, 19(2), 139.
- Lohan, J. A., & Murphy, S. A. (2005). Mental distress and family functioning in bereaved parents: Case examples and intervention challenges. *Omega: Journal of Death & Dying*, 52(4), 307-321.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality & Social Psychology*, 69(1), 176-190.
- Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA: Journal of The American Medical Association*, 297(7), 716-723.
- Maddrell, A. (2013). Living with the deceased: absence, presence and absence-presence. *Culture Geographies*, 20(4), 501-522. doi:10.1177/1474474013482806
- Malkinson, R., & Bar-Tur, L. (2004). Long term bereavement processes of older parents: The three phases of grief. *Omega: Journal of Death & Dying*, 50(2), 103-129.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. *Journal of Personality*, 77(6), 1805-1832. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00601.x
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- McCubbin, H. I., McCubbin, M. A., Thompson, A. I., Han, S., & Chad, T. (1997). Families under stress: What makes them resilient?. *Journal of Family and*

Consumer Sciences. Retirado de <http://www1.cyfernet.org/prog/fam/97-McCubbin-resilient.html>

- Meij, L., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Van Den Bout, J., Van Der Heijden, P. M., & Dijkstra, I. (2008). The Impact of circumstances surrounding the death of a child on parents' grief. *Death Studies*, 32(3), 237-252. doi:10.1080/07481180701881263
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Middleton, W., Raphael, B., Burnett, P., & Martinek, N. (1998). A longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children and parents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatric*, 32(2), 235.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation & Emotion*, 27(2), 77-102.
- Murphy, S. A., Gupta, A., Cain, K. C., Johnson, L., Lohan, J., Wu, L., & Mekwa, J. (1999). Changes in parents' mental distress after the violent death of an adolescent or young adult child: A longitudinal prospective analysis. *Death Studies*, 23(2), 129-159. doi:10.1080/074811899201118
- Murphy, S. A., Tapper, V. J., Johnson, L., & Lohan, J. (2003). Suicide ideation among parents bereaved by the violent deaths of their children. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(1), 5.
- Murphy, S., Johnson, L. C., Lohan, J., & Tapper, V. (2002). Bereaved parents' use of individual, family, and community resources 4 to 60 months after a child's violent death. *Family Community Health*, 25, 71-82.
- Murphy, S., Shevlin, M., & Elkit, A. (2014). Psychological consequences of pregnancy loss and infant death in a sample of bereaved parents. *Journal of Loss & Trauma*, 19(1), 56-69. doi:10.1080/15325024.2012.735531
- Neimeyer, R. A., Baldwin, S. A., & Gillies, J. (2006). Continuing bonds and reconstructing meaning: Mitigating complications in bereavement. *Death Studies*, 30(8), 715-738. doi:10.1080/07481180600848322
- Noelen-Hoekseman, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality & Social Psychology*, 67(1), 92-104.
- Normand, C. L., Nickman, S. L., & Silverman, P. R. (1996). Bereaved children's changing relationships with the deceased. In D. Klass, P. R. Silverman, & S. L.

- Nickman (Eds.), *Continuing bonds: New understandings of grief* (pp. 87–111). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Novak, J. D., & Cañas, A. J. (2007). Theoretical origins of concept maps, how to construct them, and uses in education. *Reflecting Education*, 3(1), 29-42.
- Nowatzki, N. R., & Kalischuk, R. (2009). Post-death encounters: Grieving, mourning, and healing. *Omega: Journal of Death & Dying*, 59(2), 91-111. doi:10.2190/OM.59.2.a
- Patterson, J. M. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 233-246.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S. & Canavarro, M. C. (2001). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys* (pp. 145-159). Amsterdam: IOS Press.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., & ... Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *Plos Medicine*, 6(8), 1-12. doi:10.1371/journal.pmed.1000121
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., & ... Newsom, J. T. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatric Research*, 59, 65-79.
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., & Maciejewski, P. K. (2008). A case for the inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: 21st century perspectives* (pp. 165-186). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rando, T. A. (1985). Bereaved parents: Particular difficulties, unique factors, and treatment issues. *Social Work*, 30(1), 19-23.
- Reisman, A. S. (2001). Death of a spouse: Illusory basic assumptions and continuation of bonds. *Death Studies*, 25(5), 445-460. doi: 10.1080/074811801750257536
- Riches, G., & Dawson, P. (1996). Communities of feeling: The culture of bereaved parents. *Mortality*, 1(2), 143-161.

- Riches, G., & Dawson, P. (1998). Lost children, living memories: The role of photographs in processes of grief and adjustment among bereaved parent. *Death Studies*, 22, 121-140.
- Riggs, D. S., Dancu, C. V., Gershuny, B. S., Greenberg, D., & Foa, E. B. (1992). Anger and post-traumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 613–625.
- Riley, L. P., LaMontagne, L. L., Hepworth, J. T., & Murphy, B. A. (2007). Parental grief responses and personals growth following the death of a child. *Death Studies*, 31(4), 277-299. doi:10.1080/07481180601152591
- Robinson, T., & Marwit, S. J. (2006). An investigation of the relationship of personality, coping, and grief intensity among bereaved mothers. *Death Studies*, 30(7), 677-696. doi:10.1080/07481180600776093
- Rogers, C. H., Floyd, F. J., Seltzer, M., Greenberg, J., & Jinkuk, H. (2008). Long-term effects of the death of a child on parents' adjustment in midlife. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 203-211. doi:10.1037/0893-3200.22.2.203
- Ronel, N., & Lebel, U. (2006). When parents lay their children to rest: Between anger and forgiveness. *Journal of Social & Personal Relationships*, 23(4), 507-522. doi:10.1177/0265407506064212
- Ronen, R., Packman, W., Field, N. P., Davies, B., Kramer, R., & Long, J. K. (2009). The relationship between grief adjustment and continuing bonds for parents who have lost a child. *Omega: Journal of Death & Dying*, 60(1), 1-31. doi:10.2190/OM.60.1.a
- Root, B. L., & Exline, J. (2014). The role of continuing bonds in coping with grief: Overview and future directions. *Death Studies*, 38(1), 1-8. doi:10.1080/07481187.2012.712608
- Rosenberg, A. R., Baker, K., Syrjala, K. L., Black, A. L., & Wolfe, J. (2013). Promoting resilience among parents and caregivers of children with cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 16(6), 645-652. doi:10.1089/jpm.2012.0494
- Rubinstein, G. (2004). Locus of control and helplessness: Gender differences among bereaved parents. *Death Studies*, 28(3), 211-223.
- Russac, R. J., Steighner, N. S., & Canto, A. I. (2002). Grief work versus continuing bonds: A call for paradigm integration or replacement?. *Death Studies*, 26(6), 463-478. doi: 10.1080/074811802760138996
- Sanders, C. (1989). *Grief the mourning after*. New York: John Wiley & Sons.



- Sanger, M. (2009). When clients sense the presence of loved ones who have died. *Omega: Journal of Death & Dying*, 59(1), 69-89. doi:10.2190/OM.59.1.e
- Schmidt, S., & Power, M. (2006). Cross-cultural analyses of determinants of quality of life and mental health: Results from the EUROHIS study. *Social Indicators Research*, 77(1), 95-138. doi:10.1007/s11205-005-5555-y
- Schut, H. W., Stroebe, M. S., Boelen, P. A., & Zijerveld, A. M. (2006). Continuing relationships with the deceased: Disentangling bonds and grief. *Death Studies*, 30(8), 757-766. doi:10.1080/07481180600850666
- Schwab, R. (2001). Gender differences in parental grief. *Death Studies*, 20, 103-113.
- Sedney, M., Baker, J. E., & Gross, E. (1994). "The story" of a death: Therapeutic considerations with bereaved families. *Journal of Marital & Family Therapy*, 20(3), 287-296.
- Shah, S. N., & Meeks, S. (2012). Late-life bereavement and complicated grief: A proposed comprehensive framework. *Aging & Mental Health*, 16(1), 39-56. doi:10.1080/13607863.2011.605054
- Silverman P.R. & Klass W. (1996) Introduction: What's the problem?. In D. Klass, P. R. Silverman, S. L. Nickman (Eds.), *Continuing bonds: New understandings of grief* (pp. 3-23). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Sochos, A., & Bone, A. (2012). Attitudes towards continuing bonds, attachment vulnerability, and the moderating effects of gender. *Journal of Loss & Trauma*, 17(3), 260-270. doi:10.1080/15325024.2011.616834
- Sormanti, M., & August, J. (1997). Parental bereavement: Spiritual connections with deceased children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(3), 460.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2008). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (4a ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Stroebe, M. S. (2002). Paving the way: From early attachment theory to contemporary bereavement research. *Mortality*, 7(2), 127-138. doi:10.1080/13576270220136267
- Stroebe, M. S., Abakoumkin, G., Strobe, W., & Schut, H. (2012). Continuing bonds in adjustment to bereavement: Impact of abrupt versus gradual separation. *Personal Relationships*, 19(2), 255-266. doi:10.1111/j.1475-6811.2011.01352.x
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. doi:10.1080/074811899201046

- Stroebe, M., & Schut, H. (2005). To continue or relinquish bonds: A review of consequences for the bereaved. *Death Studies*, 29(6), 477-494. doi:10.1080/07481180590962659
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*, 63, 2440-2451. doi:10.1016/j.socscimed.2006.06.012
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2010). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 259-268. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.007
- Sveen, C., & Walby, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38(1), 13-29.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). Time of change? The spiritual challenges of bereavement and loss. *Omega: Journal of Death & Dying*, 53(1/2), 105-116.
- Toller, P. W. (2005). Negotiation of dialectical contradictions by parents who have experienced the death of a child. *Journal of Applied Communication Research*, 33(1), 46-66. doi:10.1080/0090988042000318512
- Troll, L. E. (2001). When the world narrows: Intimacy with the dead?. *Generations*, 25(2), 55-58.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-Traumatic Stress Disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(3), 171-181. doi:10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x
- van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., & Bout, J. (2010). Mediating processes in bereavement: The role of rumination, threatening grief interpretations, and deliberate grief avoidance. *Social Science & Medicine*, 71(9), 1669-1676.
- Vedes, A., Nussbeck, F. W., Bodenmann, Lind, W., & Ferreira, A. (2013). Psychometric properties and validity of the Dyadic Coping Inventory in Portuguese. *Swiss Journal of Psychology*, 72(3), 149-157.
- Vickio, C. J. (1999). Together in spirit: Keeping our relationships alive when loved ones die. *Death Studies*, 23(2), 161-175. doi:10.1080/074811899201127
- Videka-Sherman, L. (1982). Coping with the death of a child: A study over time. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 688- 698.
- Walliss, J. (2001). Continuing bonds: Relationships between the living and the dead within contemporary Spiritualism. *Mortality*, 6(2), 127-145.

- Walsh, F. (2003). Crisis, trauma and challenge: A relational resilience approach for healing, transformation, and growth. *Smith College Studies in Social Work*, 74(1), 49-71.
- Waskowic, T. D. (2010). *Grief and attachment: Development of the ongoing relationship scale and the grief attachment model* (Unpublished Doctoral Dissertation). University of Saskatchewan, Saskatoon.
- Wheeler, I. (2001). Parental bereavement: The crisis of meaning. *Death Studies*, 25(1), 51-66. doi: 10.1080/074811801750058627
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P. M., & Dijkstra, I. (2008). Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(1), 31-42. doi:10.1348/014466507X216152
- Woodgate, R. L. (2006). Living in a world without closure: Reality for parents who have experienced the death of a child. *Journal of Palliative Care*, 22, 75-82.
- Znojand, H. J., & Keller, D. (2002). Mourning parents: Considering safeguards and their relation to health. *Death Studies*, 26(7), 545-565. doi:10.1080/074811802760191708

# **Anexos**

## **Anexo A.** Caracterização da amostra

### **Output 1.** Estatísticas descritivas das características dos pais em luto

		N	%
Sexo	Feminino	142	87.1%
	Masculino	21	12.9%
Estado Civil	Solteiro(a)	3	1.8%
	Casado(a)	126	77.3%
	União de facto	19	11.7%
	Separado(a)/Divorciado(a)	10	6.1%
	Viúvo(a)	5	3.1%
Habilitações literárias	Ensino básico 1.º ciclo	7	4.4%
	Ensino básico 2.º ciclo	11	6.9%
	Ensino básico 3.º ciclo	23	14.4%
	Ensino secundário	57	35.6%
	Licenciatura	48	30.0%
	Mestrado	7	4.4%
	Doutoramento	1	0.6%
	Pós-Graduação	6	3.8%
Situação profissional	Empregado(a)	111	68.1%
	Desempregado(a)	31	19.0%
	Reformado(a)	13	8.0%
	Estudante	8	4.9%
Residência	Meio rural	15	9.2%
	Meio urbano	148	90.8%
Problemas psiquiátricos/psicológicos	Sim	89	54.6%
	Não	74	45.4%

### **Output 2.** Estatísticas descritivas – idade dos pais

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	162	20	72	39,13	11,25
N válido (de lista)	162				

**Output 3.** Estatísticas descritivas das características dos filhos falecidos

		N	%
Sexo	Feminino	68	41.7%
	Masculino	95	58.3%
Idade do filho na altura da morte <sup>7</sup>	Morte fetal	9	5.5%
	Morte neonatal	72	44.2%
	1- 11 meses	15	9.2%
	1-6 anos	16	9.8%
	7-12 anos	11	6.7%
	13-18 anos	10	6.1%
	>18 anos	30	18.4%
Causa da morte	Neonatal	73	44.8%
	Fetal	6	3.7%
	Súbita	10	6.1%
	Doença	45	27.6%
	Acidente	17	10.4%
	Suicídio	4	2.5%
	Homicídio	6	3.7%
	Outra	2	1.2%
Tempo decorrido desde a morte	1-6 meses	28	17.9%
	7 meses- 1 ano	52	33.3%
	2-5 anos	46	29.5%
	6- 10 anos	13	8.3%
	>10 anos	17	10.9%
Morte Inesperada	Sim	134	82.2%
	Não	29	17.8%
Morte Violenta	Sim	29	17.8%
	Não	134	82.2%

<sup>7</sup> De modo a facilitar a leitura do quadro, os intervalos relativos à variável idade do filho na altura da morte, foram definidos com base nos estádios de desenvolvimento de Piaget.

**Anexo B.** Estudo psicométrico do *Prolonged Grief Disorder* (PG-13)**Output 1.** Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.91	.88	13

**Output 2.** Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
PG_01	4.14	1.06	163
PG_02	3.56	1.33	163
PG_03	.79	0.41	163
PG_04	1.79	1.24	163
PG_05	2.90	1.51	163
PG_06	3.29	1.52	163
PG_07	3.15	1.43	163
PG_08	2.66	1.53	163
PG_09	3.56	1.47	163
PG_10	2.74	1.51	163
PG_11	3.09	1.49	163
PG_12	3.01	1.53	163
PG_13	1.33	0.47	163

**Output 3.** Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
PG_01	31.89	126.73	.63	.58	.91
PG_02	32.46	118.47	.78	.76	.90
PG_03	35.23	138.52	.43	.23	.91
PG_04	34.23	132.54	.31	.21	.92
PG_05	33.12	115.08	.79	.72	.90
PG_06	32.72	114.99	.79	.69	.90
PG_07	32.87	117.67	.74	.62	.90
PG_08	33.36	119.79	.62	.43	.91
PG_09	32.45	119.13	.67	.54	.90
PG_10	33.28	114.36	.81	.75	.90
PG_11	32.93	113.96	.84	.78	.89
PG_12	33.01	114.41	.80	.76	.90
PG_13	34.69	148,152	-,485	,310	,925

**Fator 1** (relativo ao trauma inerente à experiência de luto)

**Output 1.** Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.84	.76	8

**Output 2.** Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
PG_04	1.79	1.24	163
PG_05	2.90	1.51	163
PG_06	3.29	1.52	163
PG_08	2.66	1.53	163
PG_09	3.56	1.47	163
PG_10	2.74	1.51	163
PG_11	3.09	1.49	163
PG_13	1.33	0.47	163

**Output 3.** Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
PG_04	19.58	51.33	.31	.19	.85
PG_05	18.47	41.61	.75	.58	.80
PG_06	18.07	41.56	.75	.64	.80
PG_08	18.71	43.65	.61	.41	.82
PG_09	17.80	43.88	.64	.49	.81
PG_10	18.63	41.14	.78	.70	.797
PG_11	18.28	40.88	.81	.73	.79
PG_13	20.04	61.78	-.49	.29	.88

**Fator 2** (relativo à ansiedade de separação)

**Output 1.** Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.81	.83	5



**Output 2.** Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
PG_01	4.14	1.06	163
PG_02	3.56	1.33	163
PG_03	.79	0.41	163
PG_07	3.15	1.43	163
PG_12	3.01	1.53	163

**Output 3.** Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
PG_01	10.51	14.94	.65	.56	.77
PG_02	11.09	12.38	.77	.66	.72
PG_03	13.86	19.69	.41	.19	.84
PG_07	11.50	12.77	.64	.43	.77
PG_12	11.64	11.72	.70	.52	.75

## Anexo C. Estudo psicométrico do EUROHIS-QOL-8

### Output 1. Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.86	.86	8

### Output 2. Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
EUROHISQOL_1	3.45	0.91	162
EUROHISQOL_2	3.31	0.99	162
EUROHISQOL_3	3.05	0.85	162
EUROHISQOL_4	3.17	0.98	162
EUROHISQOL_5	3.02	1.04	162
EUROHISQOL_6	3.30	0.99	162
EUROHISQOL_7	2.91	0.89	162
EUROHISQOL_8	3.58	1.09	162

### Output 3. Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
EUROHISQOL_1	22.35	24.20	.60	.40	.84
EUROHISQOL_2	22.48	23.30	.64	.44	.84
EUROHISQOL_3	22.75	23.78	.71	.59	.83
EUROHISQOL_4	22.62	22.83	.70	.66	.83
EUROHISQOL_5	22.78	22.31	.71	.63	.83
EUROHISQOL_6	22.49	23.62	.60	.39	.84
EUROHISQOL_7	22.89	25.91	.40	.24	.86
EUROHISQOL_8	22.22	23.60	.52	.34	.85

## **Anexo D.** Estudo psicométrico do *Brief Symptom Inventory* (BSI)

### **Output 1.** Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.94	.94	12

### **Output 2.** Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
BSI_01	2.46	1.12	162
BSI_02	.73	1.25	162
BSI_03	1.43	1.41	162
BSI_04	2.18	1.38	162
BSI_05	2.85	1.22	162
BSI_06	1.86	1.42	162
BSI_07	1.11	1.37	162
BSI_08	1.90	1.42	162
BSI_09	1.71	1.40	162
BSI_10	.82	1.25	162
BSI_11	1.32	1.36	162
BSI_12	1.62	1.50	162

### **Output 3.** Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
BSI_01	17.53	140.66	.71	.62	.94
BSI_02	19.26	140.64	.63	.47	.94
BSI_03	18.56	135.08	.73	.63	.94
BSI_04	17.81	134.39	.77	.70	.94
BSI_05	17.14	138.02	.74	.70	.94
BSI_06	18.12	132.67	.80	.72	.94
BSI_07	18.88	134.18	.78	.70	.94
BSI_08	18.09	134.54	.73	.62	.94
BSI_09	18.28	131.80	.84	.75	.94
BSI_10	19.17	139.00	.69	.57	.94
BSI_11	18.67	136.36	.71	.57	.94
BSI_12	18.36	132.33	.76	.61	.94

## Dimensão: Depressão

### Output 1. Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.91	.91	6

### Output 2. Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
BSI_02	.73	1.25	162
BSI_04	2.18	1.38	162
BSI_05	2.85	1.22	162
BSI_06	1.86	1.42	162
BSI_08	1.90	1.42	162
BSI_12	1.62	1.50	162

### Output 3. Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
BSI_02	10.41	35.34	.60	.41	.91
BSI_04	8.96	31.61	.80	.67	.88
BSI_05	8.30	33.83	.74	.61	.89
BSI_06	9.28	30.71	.83	.71	.88
BSI_08	9.24	31.95	.74	.59	.89
BSI_12	9.52	31.20	.74	.56	.89

## Dimensão: Ansiedade

### Output 1. Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.91	.91	6

**Output 2.** Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
BSI_01	2.46	1.12	162
BSI_03	1.43	1.41	162
BSI_07	1.11	1.37	162
BSI_09	1.71	1.40	162
BSI_10	.82	1.25	162
BSI_11	1.32	1.36	162

**Output 3.** Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
BSI_01	6.39	33.15	.69	.57	.90
BSI_03	7.42	29.72	.75	.59	.89
BSI_07	7.73	29.51	.80	.67	.89
BSI_09	7.14	28.81	.83	.72	.88
BSI_10	8.02	31.63	.72	.55	.90
BSI_11	7.52	30.62	.71	.53	.90

## **Anexo E.** Estudo psicométrico do *Dual Coping Inventory* (DCI)

### **Subescala: Coping Orientado para a Perda (COP)**

#### **Output 1.** Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.78	.78	3

#### **Output 2.** Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
DCI_1	2.44	1.37	163
DCI_2	3.23	1.39	163
DCI_3	3.78	1.35	163

#### **Output 3.** Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
DCI_1	7.01	6.14	.54	.31	.78
DCI_2	6.22	5.27	.70	.50	.60
DCI_3	5.67	5.86	.61	.42	.71

### **Subescala: Coping Orientado para a Restauração (COR)**

#### **Output 1.** Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.91	.92	4

#### **Output 2.** Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
DCI_4	3.30	1.41	163
DCI_5	3.94	1.09	163
DCI_6	3.82	1.22	163
DCI_7	3.93	1.18	163

**Output 3.** Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
DCI_4	11.68	10.80	.68	.49	.93
DCI_5	11.04	11.92	.79	.70	.89
DCI_6	11.17	10.56	.89	.80	.85
DCI_7	11.06	11.02	.85	.77	.86

**Anexo F.** Estudo psicométrico do *Inventário de Coping Diádico* (ICD)**Output 1.** Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.94	.94	37

**Output 2.** Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
ICD_01	3.23	1.39	163
ICD_02	2.77	1.25	163
ICD_03	3.42	1.33	163
ICD_04	3.05	1.46	163
ICD_05	3.45	1.34	163
ICD_06	3.66	1.34	163
ICD_07	2.00	1.26	163
ICD_08	3.04	1.33	163
ICD_09	3.20	1.42	163
ICD_10	2.26	1.36	163
ICD_11	1.93	1.24	163
ICD_12	2.77	1.31	163
ICD_13	3.19	1.39	163
ICD_14	3.25	1.31	163
ICD_15	2.13	1.30	163
ICD_16	2.99	1.33	163
ICD_17	3.02	1.27	163
ICD_18	3.10	1.29	163
ICD_19	2.69	1.41	163
ICD_20	3.54	1.21	163
ICD_21	3.82	1.22	163
ICD_22	1.75	1.01	163
ICD_23	3.03	1.30	163
ICD_24	3.47	1.20	163
ICD_25	1.82	1.21	163
ICD_26	1.97	1.14	163
ICD_27	1.63	1.08	163
ICD_28	3.06	1.25	163
ICD_29	3.33	1.22	163
ICD_30	3.45	1.23	163
ICD_31	3.29	1.38	163
ICD_32	3.32	1.31	163
ICD_33	3.32	1.29	163
ICD_34	2.71	1.47	163
ICD_35	2.89	1.42	163
ICD_36	3.29	1.39	163
ICD_37	3.27	1.39	163



**Output 3.** Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ICD_01	104.87	720.70	.65	.71	.94
ICD_02	105.33	732.10	.56	.62	.94
ICD_03	104.67	732.06	.52	.64	.94
ICD_04	105.04	725.10	.56	.70	.94
ICD_05	104.64	714.96	.76	.84	.94
ICD_06	104.43	715.40	.75	.86	.94
ICD_07	106.09	762.32	.11	.42	.95
ICD_08	105.06	717.65	.73	.74	.94
ICD_09	104.89	713.59	.74	.87	.94
ICD_10	105.83	765.18	.06	.67	.95
ICD_11	106.16	759.89	.14	.57	.95
ICD_12	105.32	727.95	.59	.55	.94
ICD_13	104.90	714.52	.74	.84	.94
ICD_14	104.85	716.62	.76	.78	.94
ICD_15	105.96	775.33	-.08	.61	.95
ICD_16	105.10	725.74	.61	.68	.94
ICD_17	105.07	736.91	.48	.57	.94
ICD_18	104.99	734.62	.50	.64	.94
ICD_19	105.40	733.19	.48	.59	.94
ICD_20	104.55	724.39	.70	.80	.94
ICD_21	104.27	718.94	.78	.87	.94
ICD_22	106.34	761.08	.17	.40	.95
ICD_23	105.06	721.24	.70	.66	.94
ICD_24	104.63	724.38	.70	.75	.94
ICD_25	106.27	761.14	.13	.48	.95
ICD_26	106.12	769.69	.01	.60	.95
ICD_27	106.46	770.25	-.00	.47	.95
ICD_28	105.04	730.17	.59	.62	.94
ICD_29	104.76	719.42	.77	.79	.94
ICD_30	104.64	721.47	.73	.80	.94
ICD_31	104.80	714.33	.75	.82	.94
ICD_32	104.77	716.25	.76	.82	.94
ICD_33	104.77	713.50	.82	.88	.94
ICD_34	105.39	720.88	.61	.71	.94
ICD_35	105.20	720.35	.64	.73	.94
ICD_36	104.80	713.89	.75	.93	.94
ICD_37	104.82	714.18	.74	.93	.94

## Domínio: Coping Diádico pelo Próprio

### Output 1. Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.86	.86	15

### Output 2. Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
ICD_01	3.23	1.39	163
ICD_02	2.77	1.25	163
ICD_03	3.42	1.33	163
ICD_04	3.05	1.46	163
ICD_20	3.54	1.21	163
ICD_21	3.82	1.22	163
ICD_22	1.75	1.01	163
ICD_23	3.03	1.30	163
ICD_24	3.47	1.20	163
ICD_25	1.82	1.21	163
ICD_26	1.97	1.14	163
ICD_27	1.63	1.08	163
ICD_28	3.06	1.25	163
ICD_29	3.33	1.22	163
ICD_30	3.45	1.23	163

### Output 3. Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ICD_01	40.10	98.94	.63	.63	.85
ICD_02	40.56	102.58	.57	.48	.85
ICD_03	39.91	101.49	.57	.59	.85
ICD_04	40.28	99.02	.60	.65	.85
ICD_20	39.79	99.49	.73	.77	.84
ICD_21	39.50	98.33	.77	.85	.84
ICD_22	41.58	113.52	.18	.29	.87
ICD_23	40.29	100.06	.64	.52	.85
ICD_24	39.86	99.74	.72	.71	.84
ICD_25	41.50	114.35	.10	.33	.87
ICD_26	41.36	116.84	.01	.43	.88
ICD_27	41.69	117.24	.00	.33	.88
ICD_28	40.27	102.20	.58	.57	.85
ICD_29	39.99	99.59	.71	.70	.84
ICD_30	39.88	99.38	.72	.75	.84

## Dimensão: Comunicação do Stress

### Output 1. Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.87	.87	4

### Output 2. Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
ICD_01	3.23	1.39	163
ICD_02	2.77	1.25	163
ICD_03	3.42	1.33	163
ICD_04	3.05	1.46	163

### Output 3. Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ICD_01	9.23	12.11	.73	.55	.83
ICD_02	9.69	13.67	.64	.42	.86
ICD_03	9.04	12.39	.74	.57	.82
ICD_04	9.41	11.45	.77	.62	.81

## Dimensão: Coping Diádico Positivo

### Output 1. Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.93	.93	7

### Output 2. Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
ICD_20	3.54	1.21	163
ICD_21	3.82	1.22	163
ICD_23	3.03	1.30	163
ICD_24	3.47	1.20	163
ICD_28	3.06	1.25	163
ICD_29	3.33	1.22	163
ICD_30	3.45	1.23	163

**Output 3.** Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ICD_20	20.15	38.93	.81	.77	.92
ICD_21	19.87	38.01	.88	.84	.91
ICD_23	20.66	39.51	.70	.50	.93
ICD_24	20.23	39.21	.80	.70	.92
ICD_28	20.64	40.73	.65	.54	.93
ICD_29	20.36	38.76	.81	.68	.92
ICD_30	20.25	38.71	.81	.73	.92

**Dimensão: Coping Diádico Negativo****Output 1.** Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.70	.70	4

**Output 2.** Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
ICD_22	1.75	1.01	163
ICD_25	1.82	1.21	163
ICD_26	1.97	1.14	163
ICD_27	1.63	1.08	163

**Output 3.** Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ICD_22	5.42	7.14	.43	.19	.67
ICD_25	5.35	6.33	.44	.23	.67
ICD_26	5.20	5.80	.61	.38	.55
ICD_27	5.54	6.66	.47	.26	.64

## Domínio: Coping Diádico pelo Parceiro

### Output 1. Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.85	.85	15

### Output 2. Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
ICD_05	3.45	1.34	163
ICD_06	3.66	1.34	163
ICD_07	2.00	1.26	163
ICD_08	3.04	1.33	163
ICD_09	3.20	1.42	163
ICD_10	2.26	1.36	163
ICD_11	1.93	1.24	163
ICD_12	2.77	1.31	163
ICD_13	3.19	1.39	163
ICD_14	3.25	1.31	163
ICD_15	2.13	1.30	163
ICD_16	2.99	1.33	163
ICD_17	3.02	1.27	163
ICD_18	3.10	1.29	163
ICD_19	2.69	1.41	163

### Output 3. Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ICD_05	39.24	105.87	.68	.79	.83
ICD_06	39.02	104.80	.72	.82	.82
ICD_07	40.69	120.46	.16	.31	.86
ICD_08	39.65	106.90	.65	.68	.83
ICD_09	39.48	105.45	.66	.82	.83
ICD_10	40.43	122.44	.07	.53	.86
ICD_11	40.75	119.54	.20	.52	.85
ICD_12	39.91	109.55	.56	.45	.83
ICD_13	39.50	105.20	.68	.81	.83
ICD_14	39.44	106.11	.69	.68	.83
ICD_15	40.55	125.88	-.04	.48	.87
ICD_16	39.70	107.61	.62	.56	.83
ICD_17	39.67	111.36	.51	.44	.84
ICD_18	39.58	109.78	.56	.58	.83
ICD_19	39.99	109.99	.49	.54	.84

## Dimensão: Comunicação do Stress

### Output 1. Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.85	.85	4

### Output 2. Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
ICD_16	2.99	1.33	163
ICD_17	3.02	1.27	163
ICD_18	3.10	1.29	163
ICD_19	2.69	1.41	163

### Output 3. Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ICD_16	8.82	11.36	.69	.48	.81
ICD_17	8.79	12.13	.63	.41	.83
ICD_18	8.70	11.27	.74	.55	.79
ICD_19	9.11	10.90	.69	.50	.81

## Dimensão: Coping Diádico Positivo

### Output 1. Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.94	.94	7

### Output 2. Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
ICD_05	3.45	1.34	163
ICD_06	3.66	1.34	163
ICD_08	3.04	1.33	163
ICD_09	3.20	1.42	163
ICD_12	2.77	1.31	163
ICD_13	3.19	1.39	163
ICD_14	3.25	1.31	163

**Output 3. Estatísticas de item-total**

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ICD_05	19.11	47.99	.85	.77	.93
ICD_06	18.90	47.75	.86	.81	.93
ICD_08	19.52	48.92	.80	.68	.93
ICD_09	19.36	46.96	.86	.79	.93
ICD_12	19.79	52.80	.58	.41	.95
ICD_13	19.37	47.02	.87	.80	.92
ICD_14	19.31	49.28	.79	.65	.93

**Dimensão: Coping Diádico Negativo****Output 1. Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.79	.79	4

**Output 2. Estatísticas de item**

	Média	Desvio Padrão	N
ICD_07	2.00	1.26	163
ICD_10	2.26	1.34	163
ICD_11	1.93	1.24	163
ICD_15	2.13	1.30	163

**Output 3. Estatísticas de item-total**

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ICD_07	6.33	10.75	.48	.23	.79
ICD_10	6.07	9.06	.65	.49	.70
ICD_11	6.39	9.60	.66	.49	.70
ICD_15	6.19	9.79	.59	.35	.74

## Domínio: Coping Diádico em Conjunto

### Output 1. Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
.95	.95	7

### Output 2. Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
ICD_31	3.29	1.38	163
ICD_32	3.32	1.31	163
ICD_33	3.32	1.29	163
ICD_34	2.71	1.47	163
ICD_35	2.89	1.42	163
ICD_36	3.29	1.39	163
ICD_37	3.27	1.39	163

### Output 3. Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
ICD_31	18.79	52.43	.82	.78	.94
ICD_32	18.76	53.54	.81	.77	.94
ICD_33	18.76	52.70	.88	.82	.93
ICD_34	19.37	52.78	.74	.64	.95
ICD_35	19.19	52.95	.76	.66	.94
ICD_36	18.79	51.45	.87	.91	.93
ICD_37	18.81	51.19	.88	.91	.93



**Anexo G.** Kaiser-Meyer-Olkin e Teste de Bartlett

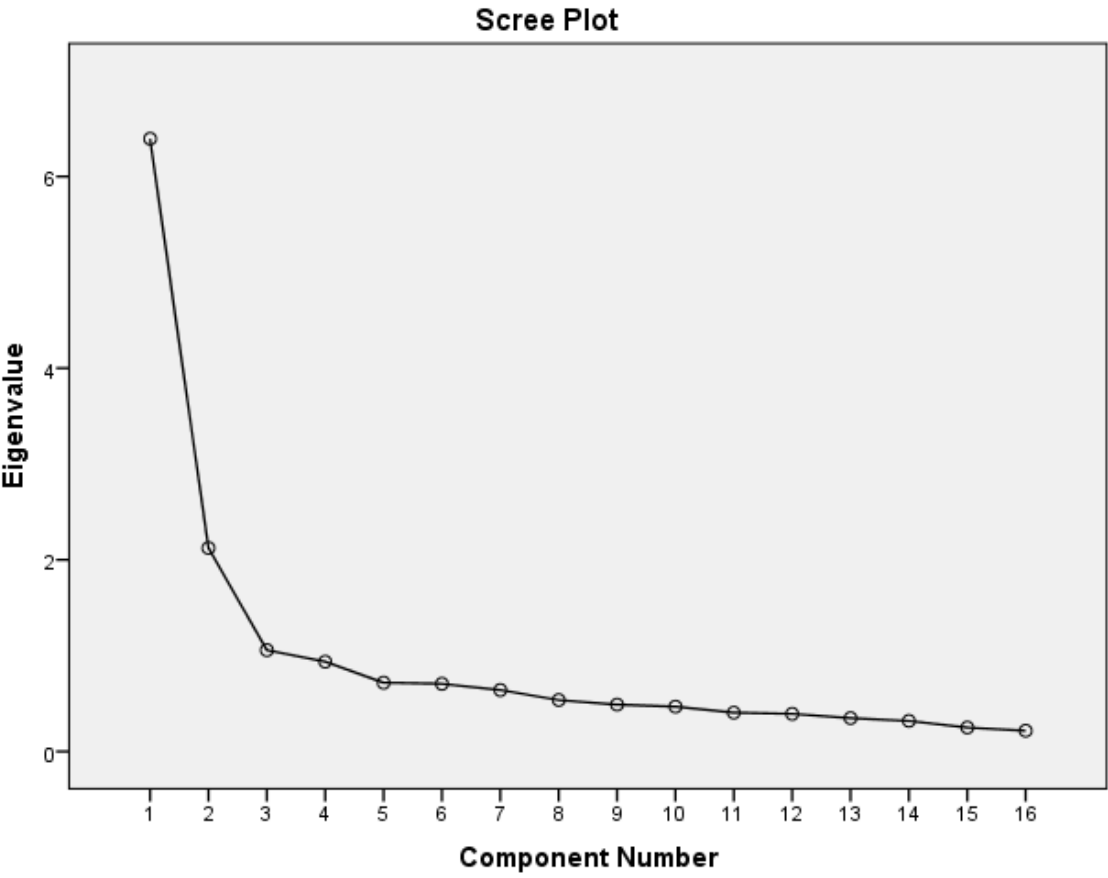
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	.884
Approx. Chi-Square	1181.371
Bartlett's Test of Sphericity Df	120
Sig.	.000

**Anexo H.** Resultados da primeira Análise Fatorial Exploratória

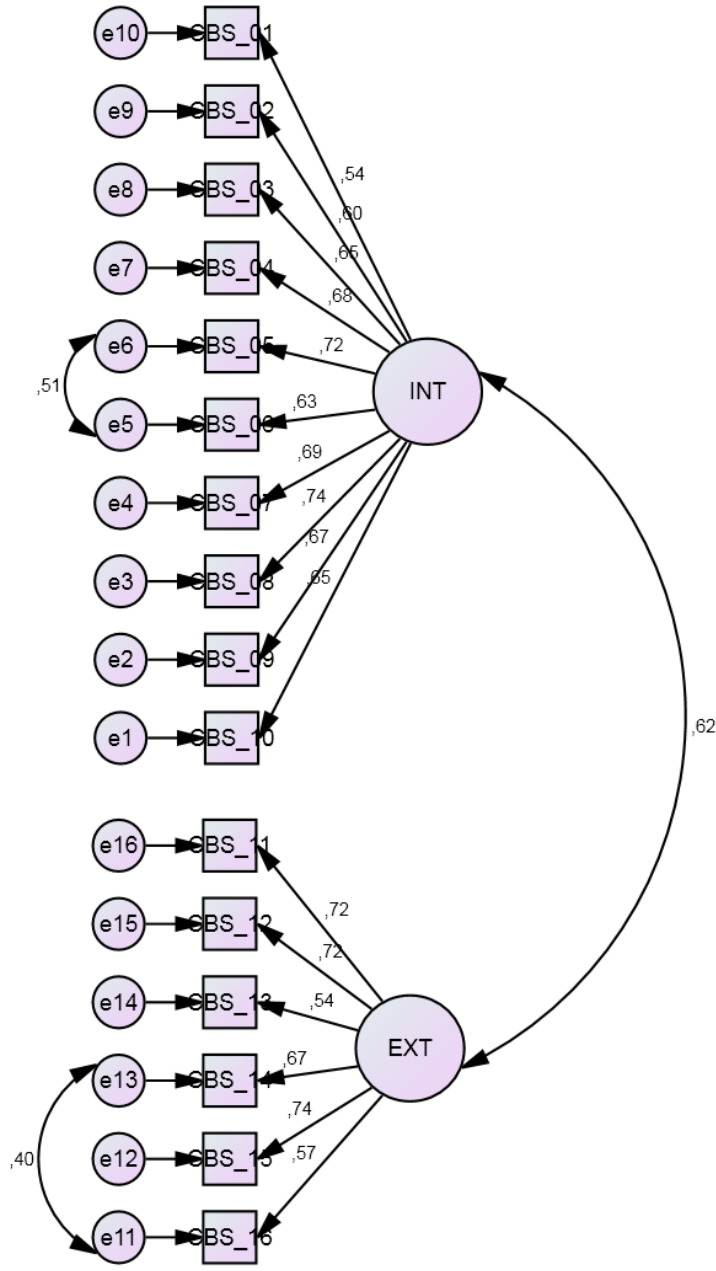
Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	6.39	39.96	39.96	6.39	39.96	39.96
2	2.12	13.27	53.23	2.12	13.27	53.23
3	1.06	6.61	59.85	1.06	6.61	59.85
4	.94	5.86	65.70			
5	.72	4.49	70.19			
6	.71	4.41	74.60			
7	.64	4.01	78.61			
8	.54	3.35	81.96			
9	.49	3.05	85.01			
10	.47	2.92	87.94			
11	.41	2.53	90.47			
12	.39	2.45	92.92			
13	.35	2.17	95.10			
14	.32	1.99	97.09			
15	.25	1.56	98.65			
16	.22	1.35	100.00			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

**Anexo I. Gráfico Scree Plot**



**Anexo J.** Modelo de Análise Fatorial Confirmatória final



**Anexo K.** Estudo da Normalidade

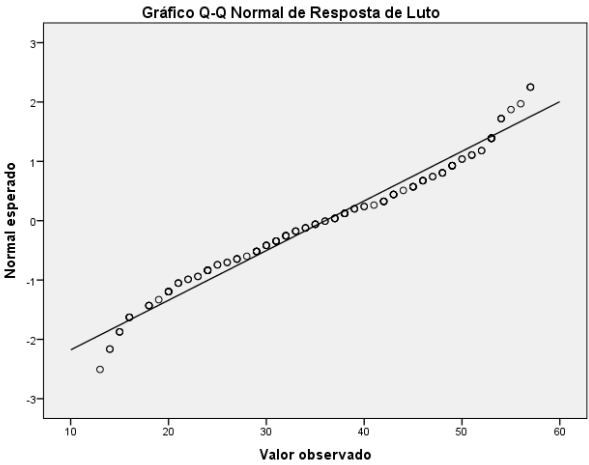
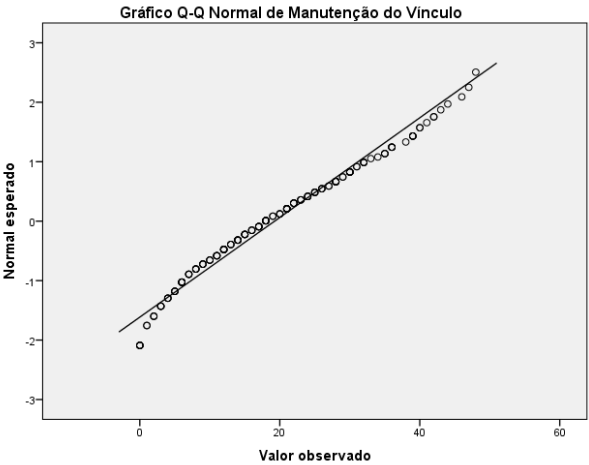
**Output 1.** Medidas de Assimetria e Curtose

		Estatística	Erro Padrão
Manutenção do vínculo	Assimetria	0.37	0.19
	Curtose	-0.69	0.38
Resposta de Luto	Assimetria	-0.89	0.19
	Curtose	-1.08	0.38
Qualidade de Vida	Assimetria	-0.41	0.19
	Curtose	0.50	0.38
Ansiedade	Assimetria	0.69	0.19
	Curtose	-0.44	0.38
Depressão	Assimetria	.019	0.19
	Curtose	-0.94	0.38

**Output 2.** Testes de Ajustamento à Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov <sup>8</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Manutenção do vínculo	.07	163	.052	.97	163	.001
Resposta de Luto	.08	163	.007	.96	163	.000
Qualidade de Vida	.09	162	.002	.98	162	.04
Ansiedade	.13	162	.000	.93	162	.000
Depressão	.08	162	.022	.96	162	.000

**Output 3.** Gráficos Q-Q plots



<sup>8</sup> Correlação de Significância de Lilliefors

